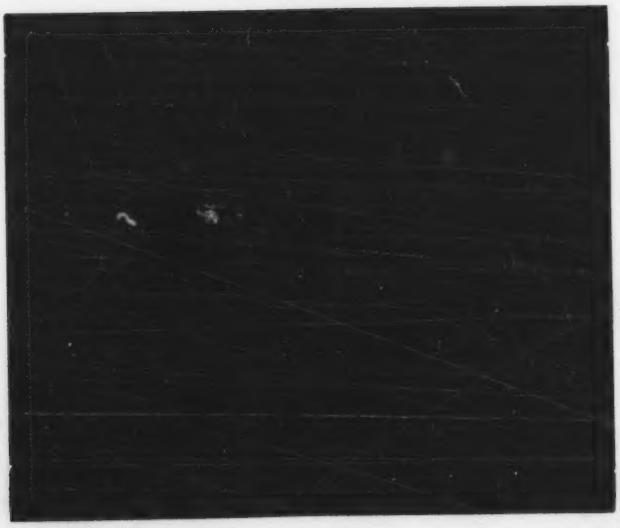


Justice Manitoba
Manitoba Justice

103-01024

Office of the Chief Medical Examiner

ANNUAL REVIEW

2001

A.T. Balachandra, MBBS, FRCPC, FCAP
Chief Medical Examiner

Table of Contents

History of the Medical Examiner's System	1
Introduction	2
Caseload Statistics – 2001	4
Types of Deaths Investigated and Certified	6
Homicides	6
Suicides	7
Accidental Deaths	9
Undetermined Deaths	10
Natural Deaths	11
Summary of Deaths of Personal Care Home Residents	12
Summary of Children's Deaths	12
Sudden Infant Death Syndrome	13
Manitoba Deaths – A 10 Year Review	14
Inquests	17
Inquests/Recommendations – 2001	18
Reported Deaths of Children-in-Care	29
Chief Medical Examiner's Recommendations To Minister of Family Services – 2001	29

History of the Medical Examiner's System

The medical examiner and the medical examiner's system have evolved from duties that were assigned to coroners and systems put in place to effect the legislated and non-legislated responsibilities of the office.

The word "coroner" is derived from the old French spelling of the word "crown". The Office of the "Crowner" (Crown representatives) was originally established to secure revenues that accrued to the Crown in the event of sudden or unexplained deaths.

The first detailed statute on the Office of the Coroner was the Statute of Westminster in 1275, which established the office for revenue purposes. Subsequent British legislation shifted the coroner's responsibility to the investigation of deaths due to violence or unnatural means but retained the revenue aspect through a fee payable to the coroner for each inquest held.

Historically Canada inherited the concepts of coroner and coroner's inquest as part of the common law. The common law powers of a coroner to indict persons upon an inquisition for murder or manslaughter, to commit them for trial, and to certify evidence were incorporated as part of the Canadian Criminal Law in 1892, at which time the indictment function of the inquest was terminated.

The subsequent enactment of provincial legislation established the jurisdiction and role of the coroner and continued the coroner's functions of investigating deaths, empanelling juries, and conducting inquisitions (inquests). In some provinces and territorial jurisdictions the coroner's concept still remains.

With the advancement of the forensic sciences and pathologists specially trained in forensic medicine, it seemed logical to report cases to qualified medical persons instead of lay coroners as the bulk of reportable cases were medical in nature. From this evolved the medical examiner's system.

As recently as 1971 Manitoba enacted and proclaimed *The Fatality Inquiries Act* to replace *The Coroner's Act*. This statute was reenacted in 1975 and 1987, and, remained in effect until May 14th, 1990 when a new *Fatality Inquiries Act* was proclaimed.

The distinct feature of the current *Act* is the division of responsibilities into medical and legal disciplines. The initial inquiry into the cause and manner of death is carried out by a duly qualified medical practitioner. The inquest, when deemed necessary, is conducted by a provincial judge without a jury.

This brief historical background has been provided to explain that the medical examiner's system in Manitoba, while relatively recent in origin, has been both legislatively and operationally implemented and has fully replaced the coroner's system.

Introduction

The Office of the Chief Medical Examiner in Manitoba is responsible under *The Fatality Inquiries Act* and *The Vital Statistics Act* for the inquiry/investigation and certification of all deaths, which are the result of violence or which are unexpected, unexplained, or unattended. Certain hospital and institutional cases are also investigated – notably those of individuals who die within 24 hours of admission, within ten days of surgery, or, while under or recovering from anesthesia. Included as well are the deaths of persons who are being held involuntarily or who are residents of a personal care home. In the event of the death of a child the Chief Medical Examiner reviews the actions taken by Child and Family Services agencies when applicable.

The area of jurisdiction is the Province of Manitoba, which has a population of approximately 1.15 million people. In addition the medical examiner has jurisdiction over those who travel through the Province.

The medical examiner's system under the direction of the Chief Medical Examiner is managed from a central office located in Winnipeg. The office has 12 permanent staff members: a director, six medical examiner's investigators, a statistician, and four administrative secretaries. An additional 5 non-permanent staff members included 2 medical examiner's investigators to assist with death investigation during the medical examiner's withdrawal of service; and 3 special investigators to complete required legislated reviews of services provided by agencies of Child and Family Services to deceased children and/or their parents, guardian, or siblings. The fee-for-service element is provided by 63 part-time medical examiners, with additional fee-for-service support provided by pathologists, funeral directors, and ambulance services.

In the City of Winnipeg, medical examiner's investigators are on duty and available 24 hours per day. Part-time medical examiners are also available through a rotating duty roster system.

Throughout rural Manitoba and in other cities such as Brandon and Thompson, part-time medical examiners are available on an as-required basis 24 hours a day.

Alcohol and toxicology testing is provided by the Biochemistry Section at St. Boniface General Hospital. Testing in criminal cases is done at the RCMP Forensic Laboratory. Other specialty tests are obtained whenever they are required utilizing resources both in and outside the Province of Manitoba.

In 2001, 5804 deaths were reported to the Chief Medical Examiner's office representing 60% of all deaths in Manitoba during the year. The reports generated by the medical examiners/medical examiner's investigators contained information on the identity of the deceased, the cause and manner of death, and a summary of the circumstances surrounding the death. In many cases the police, both RCMP and municipal forces, assisted the medical examiners in conducting their investigations.

The Office of the Chief Medical Examiner also has a mandate to investigate all children's deaths, and attempts to identify situations of risk. Consequently if a child dies while in care, the office not only conducts the inquiry required by *The Fatality Inquiries Act*, but reviews the actions of any Child and Family Service agencies involved and prepares a report to the Minister of Family Services & Housing.

The office is involved with the eye, tissue and organ donor programs. As a result regular donations are made to the Lions Eye Bank and transplant program.

Appreciation is expressed to all law enforcement services and other related agencies that cooperated and assisted the medical examiner's office in conducting their death investigations over the past year. The office would also like to thank the Province's medical examiners who have shown, frequently under less than perfect conditions, a high level of dedication and professionalism.

CASELOAD STATISTICS 2001

Medical Examiner Certified Cases	**1617**
Non-Medical Examiner Cases	**4187**
Total Caseload	**5804**

CASELOAD REVIEW 1987 – 2001

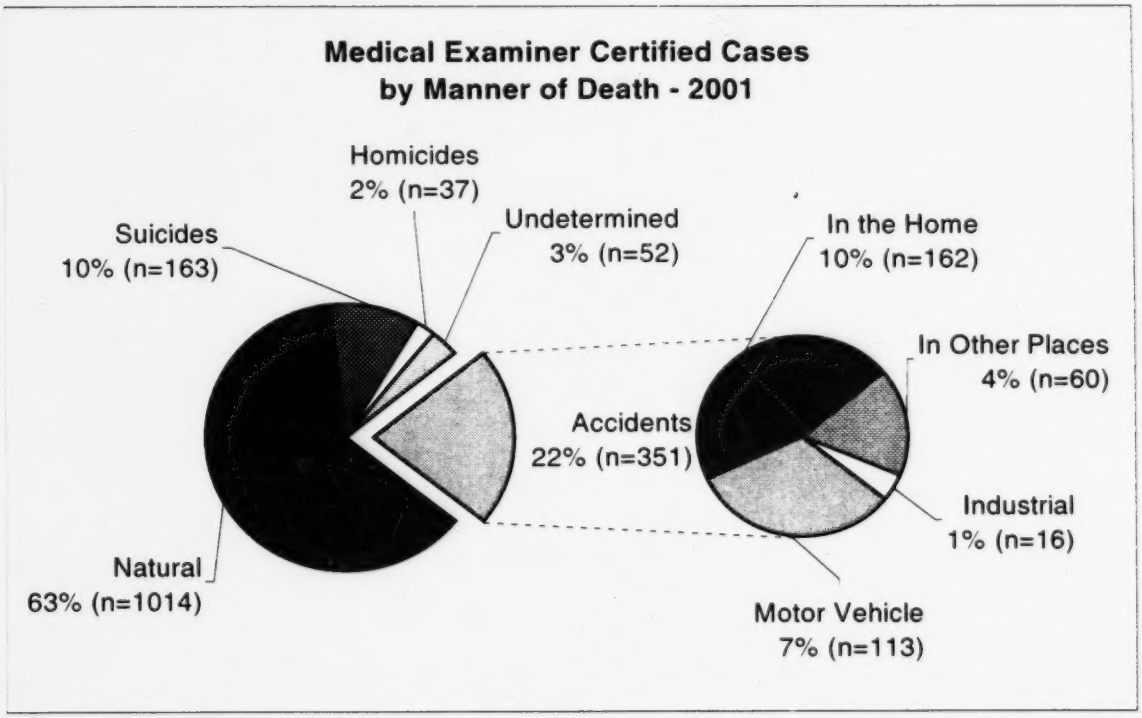
YEAR	TOTAL
1987	2503
1988	2541
1989	2582
1990	2633
1991	2713
1992	2741
1993	2850
1994	3150
1995	3188
1996	3031
1997	3197
1998	3178
1999*	5567
2000*	5590
2001*	5804

Note: Beginning with the 1999 Annual Review, the total number of cases under caseload review will include all cases reported to the Office of the Chief Medical Examiner. The totals provided for years prior to 1999 included only cases certified by a medical examiner and non-medical examiner cases investigated by medical examiner investigators. These totals did not include certain non-medical examiner cases, such as personal care home deaths, which did not require certification by a medical examiner. Therefore totals since 1999 are a more accurate representation of the total yearly caseload handled by the Office of the Chief Medical Examiner.

REGIONAL DISTRIBUTION OF CASES

MANNER OF DEATH	URBAN	RURAL	TOTAL
Natural	3739	1462	5201
Accidents in the Home	114	48	162
Motor Vehicle Accidents	38	75	113
Accidents in Other Places	27	33	60
Industrial Accidents	4	12	16
Suicides	86	77	163
Homicides	23	14	37
Undetermined	33	19	52
TOTAL	**4064**	**1740**	**5804**

Note: "Urban" in these statistics include only Winnipeg and Brandon even though there are other cities in Manitoba classified as "Urban".



TYPES OF DEATH
INVESTIGATED AND CERTIFIED

HOMICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	18	5	23
Rural	13	1	14
Total	31	6	37

HOMICIDES BY AGE AND METHOD

	Age							
Method	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	Over 60	Total
Firearms	0	0	1	2	0	1	0	4
Blunt Weapon/ Violence	0	2	1	6	3	1	2	15
Stabbing/ Incised Wound	0	4	3	4	2	4	0	17
Police Involvement	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	0	6	5	13	5	6	2	37

SUICIDES

District	Male	Female	Total
Urban	59	27	86
Rural	62	15	77
Total	121	42	163

SUICIDES BY AGE, GENDER AND RACE

	Age								
Gender	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	> 80	Total
Male									
Non-Native	4	8	19	23	20	7	6	4	91
Native	10	10	5	5	0	0	0	0	30
Female									
Non-Native	2	2	6	8	6	2	3	1	30
Native	1	7	2	2	0	0	0	0	12
Total	17	27	32	38	26	9	9	5	163
Per 100,000	10.22	17.80	19.03	21.46	19.83	10.41	12.54	11.25	14.14

Note: "Rate per 100,000 population" is calculated according to age group populations for Manitoba as of June 2001 (Manitoba Population Report: Manitoba Health).

METHOD OF SUICIDE

Method	Male	Female	Total	Percentage of Total
Hanging/Strangulation	52	19	71	43.6%
Firearms	29	2	31	19.0%
Drug Overdose	8	10	18	11.0%
Carbon Monoxide	11	7	18	11.0%
Drowning	6	0	6	3.7%
Jumping From Heights	4	2	6	3.7%
Other	11	2	13	8.0%
Total	121	42	163	100.0%

SUICIDES BY REGION AND MONTH

Month of Death	Urban	Rural	Total
January	12	9	21
February	3	9	12
March	4	9	13
April	6	4	10
May	10	4	14
June	10	10	20
July	3	3	6
August	9	5	14
September	5	8	13
October	6	3	9
November	13	6	19
December	5	7	12
Total	**86**	**77**	**163**

ACCIDENTAL DEATHS

Non-Traffic Accidents

Industrial	Urban	Rural	Total Deaths
Aviation	0	4	4
Fishing	0	3	3
Transportation	2	1	3
Construction	1	1	2
Farming	0	1	1
Forestry	0	1	1
Other	2	0	2
Total	**5**	**11**	**16**

Accidents In The Home

Falls	59	14	73
Drugs/Alcohol Overdose	37	12	49
Smoke Inhalation	3	14	17
Asphyxia	7	4	11
Burning/Scalding	2	0	2
Other	6	4	10
Total	**114**	**48**	**162**

Accidents In Other Places

Drowning	2	17	19
Falls	13	3	16
Exposure	3	7	10
Hunting	0	2	2
Therapeutic Misadventure	1	0	1
Other	8	4	12
Total	**27**	**33**	**60**

Motor Vehicle Accidents	Urban	Rural	Total Deaths
Vehicle/Vehicle	17	31	48
Single Vehicle	3	25	28
Vehicle/Pedestrian	7	6	13
Snowmobile	0	9	9
Vehicle/Cyclist	5	1	6
Train/Pedestrian	1	1	2
Vehicle/Motorcycle	2	0	2
ATC/ATV	0	1	1
Vehicle/Train	1	0	1
Multiple Vehicle	0	1	1
Vehicle/Fixed Object	1	0	1
Motorcycle	1	0	1
Total	**38**	**75**	**113**
Total Non-Traffic Accidents	**146**	**92**	**238**
Total Traffic Accidents	**38**	**75**	**113**
Total Accidental Deaths	**184**	**167**	**351**

UNDETERMINED DEATHS

Cause of Death	Male	Female	Total
Drug/Alcohol Overdose	7	4	11
No Anatomical Cause Found	6	3	9
Multiple Injuries	5	2	7
SIDS	4	2	6
Drowning	1	0	1
Other	13	5	18
Total	**36**	**16**	**52**

NATURAL DEATHS

Certified Natural Deaths by Cause

Cause of Death	Male	Female	Total
Heart Disease	383	183	566
Lung Disease	68	39	107
Hemorrhage	68	37	105
Post – Operative	33	28	61
Cancer	15	12	27
Undetermined	12	4	16
Peritonitis	4	5	9
Intra – Operative	6	2	8
Epilepsy	3	5	8
AIDS	2	0	2
Other	53	52	105
Total	**647**	**367**	**1014**

Certified Natural Deaths by Age

Age Group	Male	Female	Total
Under 1 year	17	8	25
1-9	3	2	5
10-19	5	5	10
20-29	5	9	14
30-39	24	9	33
40-49	52	28	80
50-59	126	45	171
60-69	143	76	219
70-79	161	71	232
80-89	91	89	180
90-99	19	24	43
Over 100	1	1	2
TOTAL	**647**	**367**	**1014**

SUMMARY OF DEATHS OF PERSONAL CARE HOME RESIDENTS

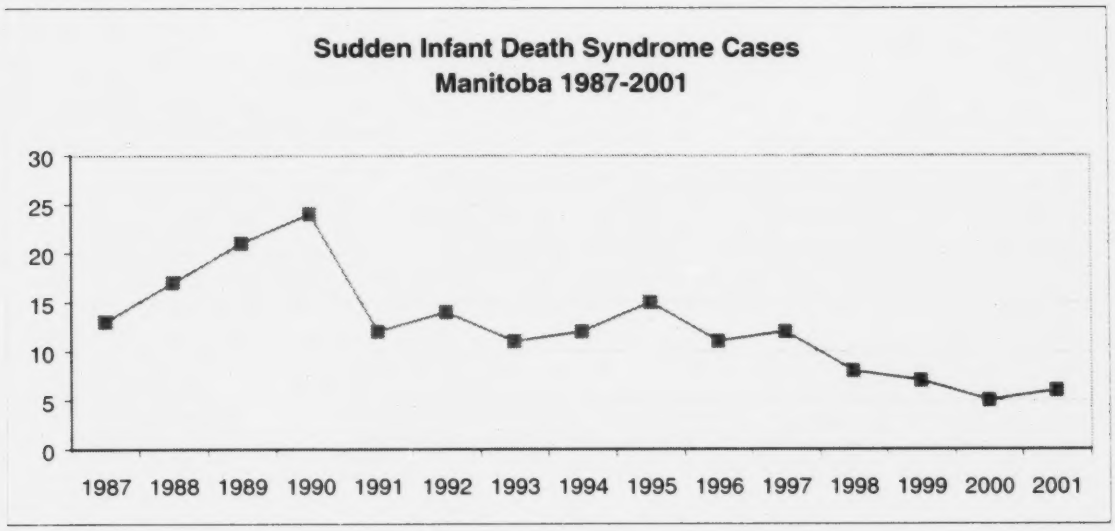
Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	35	30	65
Natural**	946	1664	2610
Accidents in the Home	11	18	29
Accidents in Other Places	0	1	1
Motor Vehicle Accidents	0	0	0
Industrial Accidents	0	0	0
Suicides	2	2	4
Homicides	0	0	0
Undetermined	0	0	0
Total	**994**	**1715**	**2709**

* Certified natural deaths involving a medical examiner.
** Natural deaths involving a medical examiner investigator only.

SUMMARY OF CHILDREN'S DEATHS (Ages 0-17 years inclusive)

Manner of Death	Male	Female	Total
Natural*	24	13	37
Natural**	46	17	63
Accidents in the Home	9	4	13
Accidents in Other Places	3	3	6
Motor Vehicle Accidents	13	5	18
Industrial Accidents	1	0	1
Suicides	10	3	13
Homicides	3	1	4
Undetermined	12	5	17
Total	**121**	**51**	**172**

Note: 6 cases of SIDS are included in the undetermined category.
* Certified natural deaths involving a medical examiner.
** Natural deaths involving a medical examiner investigator only.

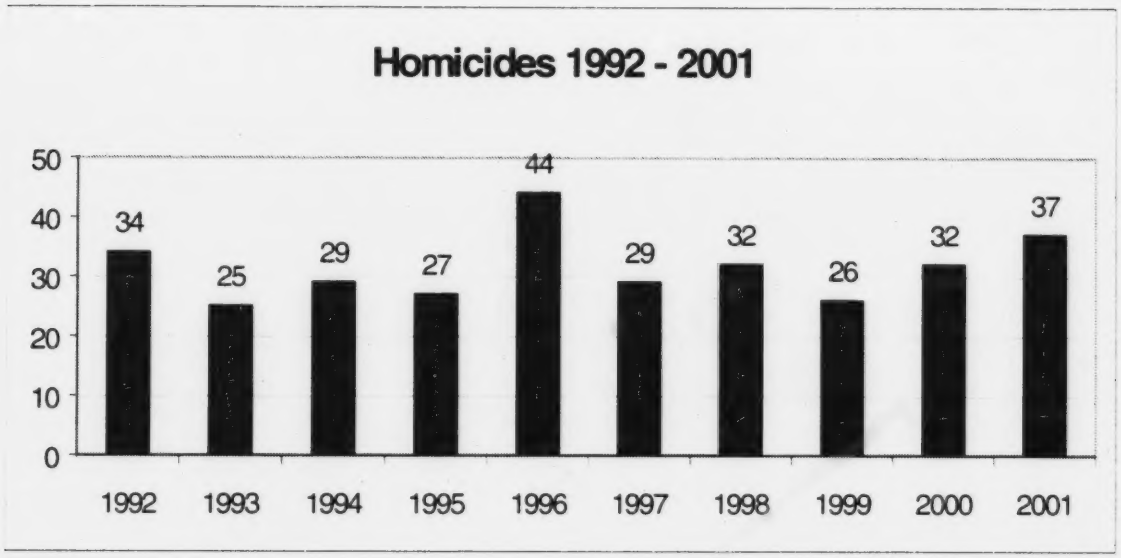


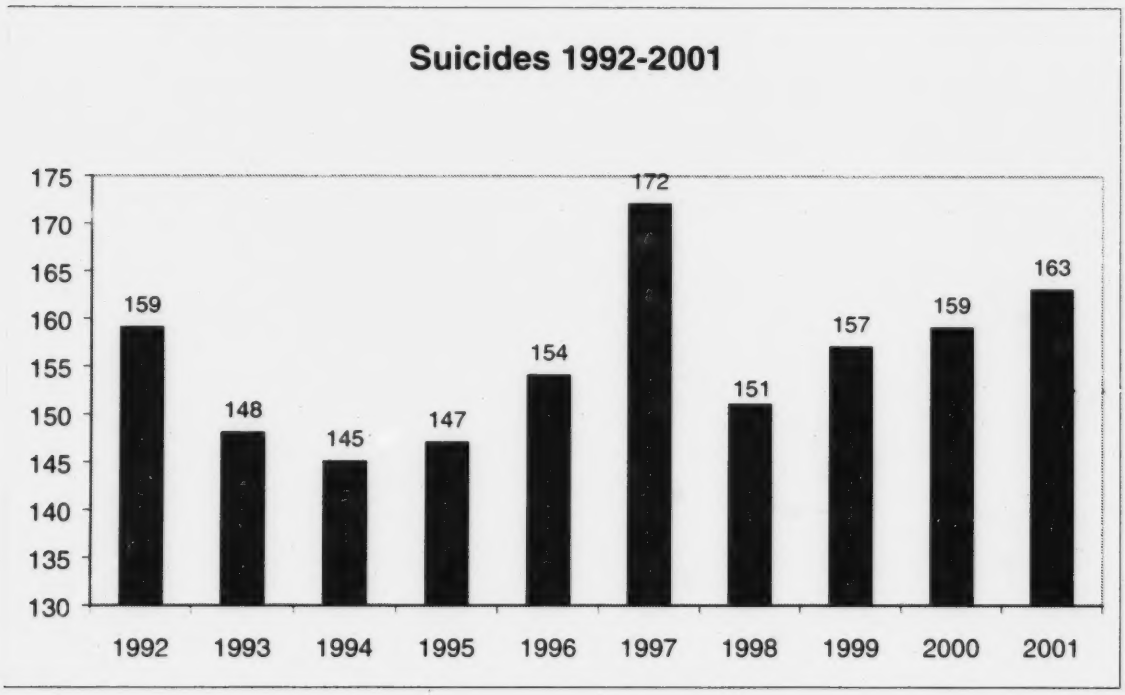
The overall incidence of SIDS has been reported as 1 case per 2411 live births. Although it can occur at any time during the first year of life, the peak incidence in Manitoba is during the first four months.

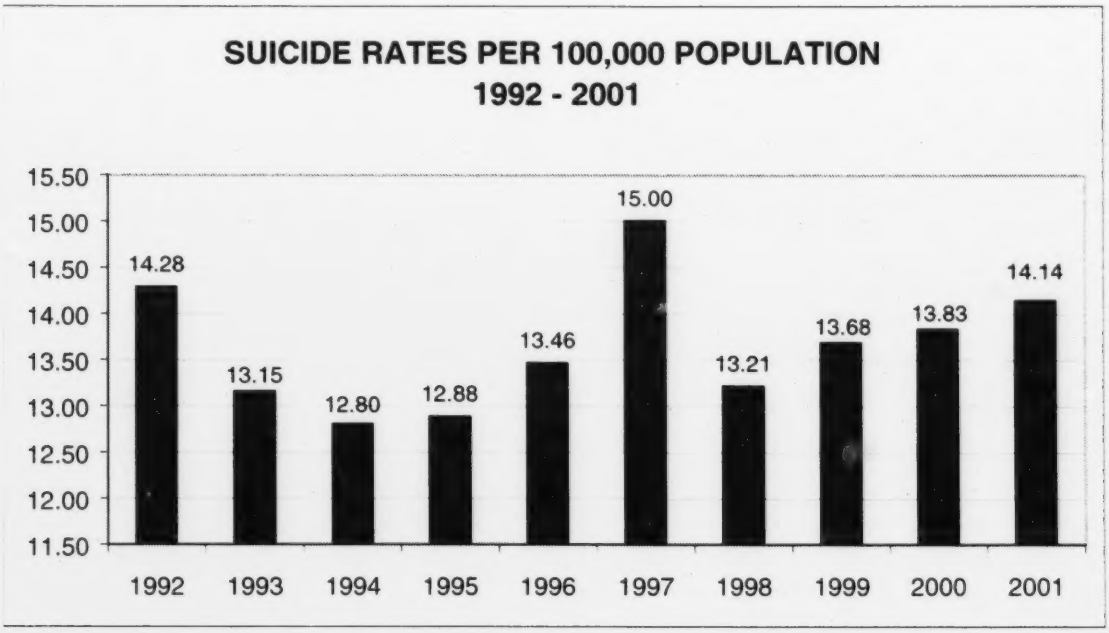
SUDDEN INFANT DEATH SYNDROME (SIDS)
MANITOBA 2001

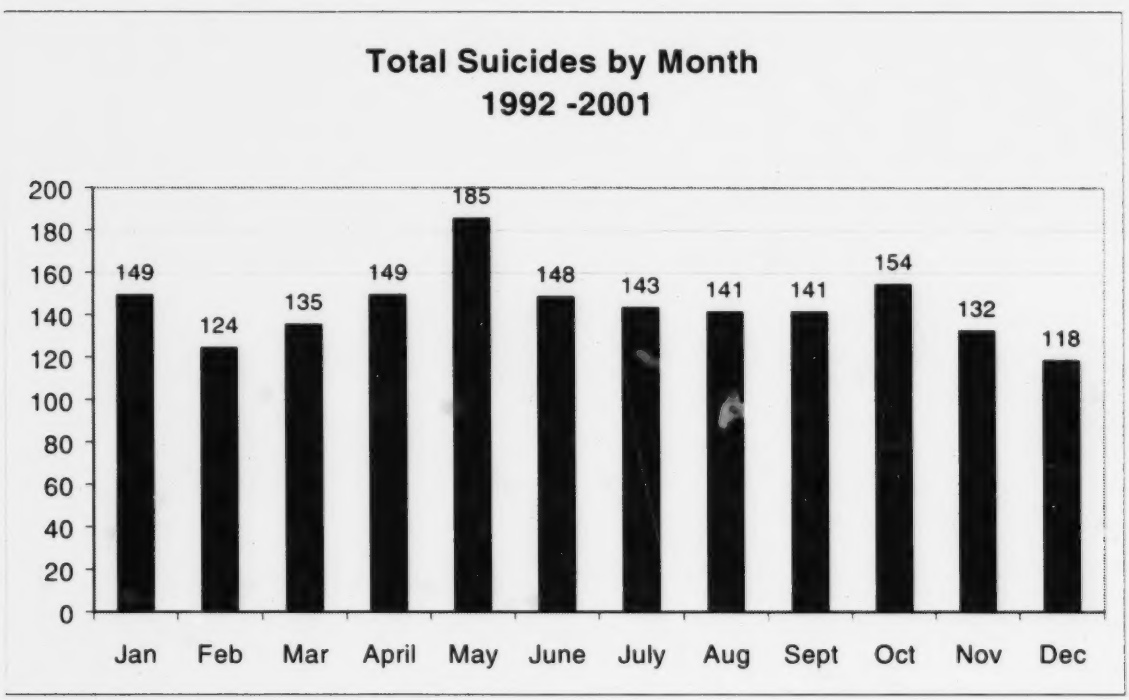
Age Group	0-4 Months	5-8 Months	9-12 Months	Total
January	1	0	0	1
February	0	0	0	0
March	0	0	0	0
April	1	0	0	1
May	0	0	0	0
June	0	0	0	0
July	0	1	0	1
August	0	0	0	0
September	1	0	0	1
October	1	0	0	1
November	0	0	0	0
December	1	0	0	1
Total	**5**	**1**	**0**	**6**

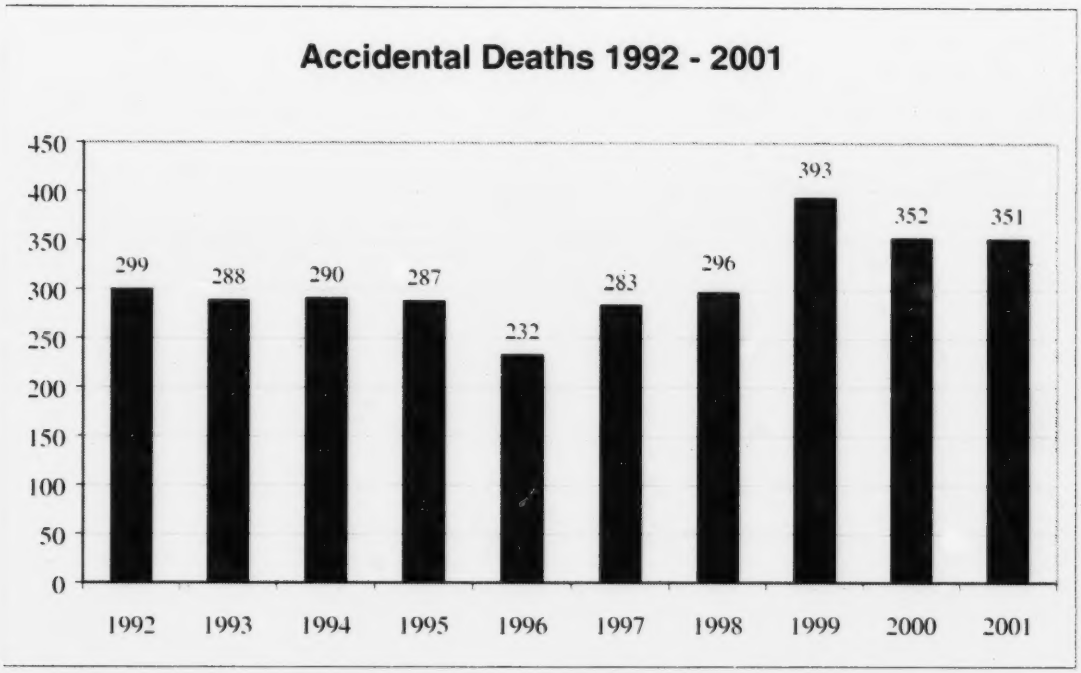
MANITOBA DEATHS
A 10 YEAR REVIEW



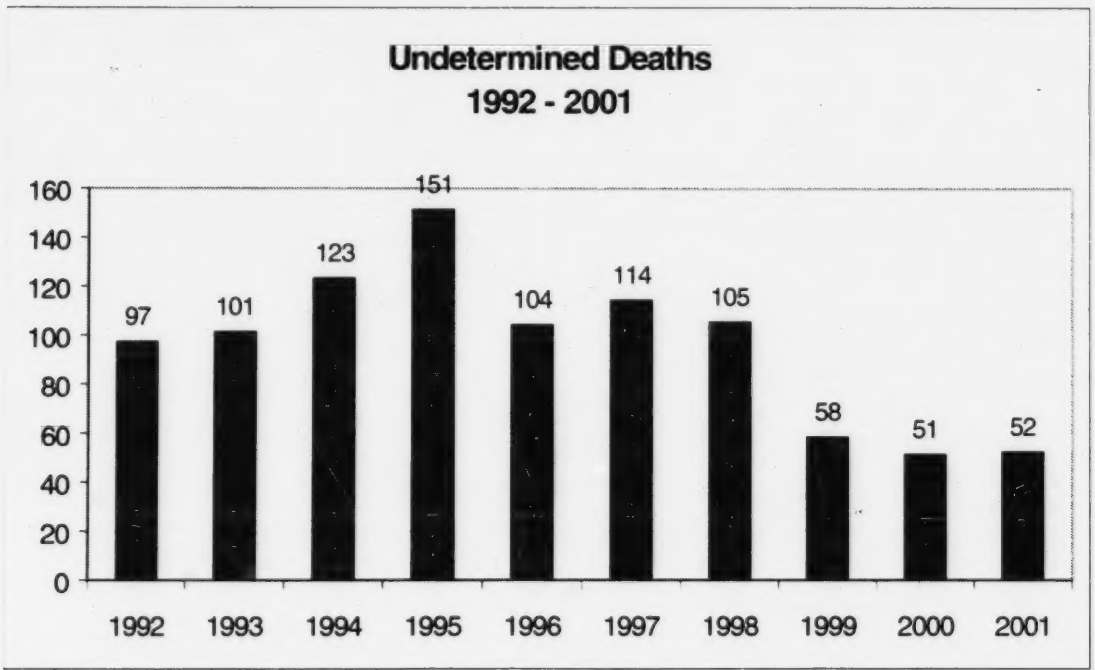



SUICIDE RATES PER 100,000 POPULATION
1992 - 2001
15.50
15.00
14.50
14.00
13.50
13.00
12.50
12.00
11.50
14.28
13.15
12.80
12.88
13.46
15.00
13.21
13.68
13.83
14.14
1992
1993
1994
1995
1996
1997
1998
1999
2000
2001


Total Suicides by Month
1992 -2001
200
180
160
140
120
100
80
60
40
20
0
149
124
135
149
185
148
143
141
141
154
132
118
Jan
Feb
Mar
April
May
June
July
Aug
Sept
Oct
Nov
Dec



Note: Beginning in 1999, increase in statistics reflect reclassification of fall-related deaths from natural to accidental.



INQUESTS

INQUEST SUMMARY

Inquest reports pending up to December 31, 2000	11
Inquests called January 1, 2001 – December 31, 2001	6
Inquest reports received January 1, 2001 – December 31, 2001	6
Inquest reports pending up to December 31, 2001	11

TYPE OF INQUESTS

Summary of inquest reports received
(January 1, 2001 – December 31, 2001)

Occupational Related	Accidental	1
	Total	**1**
Police/Incarceration Related	Undetermined	2
	Suicide	1
	Accidental	1
	Total	**4**
Sports Related	Accidental	1
	Total	**1**

TOTAL INQUEST REPORTS RECEIVED IN 2001 **6**

CASE FILE NO. 2210/98

Cause of Death: Hanging

Manner of Death: Suicide

Circumstances: The deceased came to his death as a result of suicide by hanging at the age of 53 in his cell at Stony Mountain Institution. On September 18, 1998 a suicide note was discovered in his cell. The deceased had a long history of depression and had been diagnosed with bipolar affective disorder. Contacts with the psychiatric unit and a referral to the psychology unit at the institution had been made but neither a formal medication regime nor a psychological assessment had commenced prior to his death.

Judicial Recommendations respecting institutional and community parole:

1. A clear protocol is required for parole services when dealing with an individual who is readmitted into Stony Mountain after parole suspension or revocation. Such a protocol would require that the previous community parole officer and current institutional parole officer meet in person, in a timely manner, to discuss the previous and prospective problems, worries and recommendations relating to the newly readmitted prisoner.

   All concerns that the community parole officer has respecting psychological instability or potential suicide risk of a prisoner, should be recorded not only on the casework log, but also on a separate and distinct report, which is to be prepared prior to and for the purposes of intake review and assessment.

2. In cases of readmission after parole suspension or revocation, that the institutional parole officer mandatorily read, prior to the first contact with the inmate, the casework log file regarding the inmate's previous situation in the community. In that regard, the institutional parole officer should also be expected to read, where the community parole officer has found it necessary to prepare one, the above-recommended separate and distinct report prepared for intake review concerning any perceived psychological instability or potential suicide risk of the inmate.

Judicial Recommendations respecting intake:

1. It is recommended that a full-time, properly trained psychiatric nurse be employed to assist with intake review and in the liaison between the psychiatric and psychology departments.

2. It is recommended that all inmates receive a psychological assessment upon entry or re-entry into the institution; that the psychiatric intake nurse make mandatory reference to the inmate's previous institutional records when and where they exist and when and where they are available, with the consent of the accused. If the consent is not obtained, a note should be made alerting others that such consultation has not taken place respecting other potentially relevant parts of a prisoner's medical history.

Recommendations respecting institutional referral forms:

1. It is recommended that the referral forms used by all employees and the self-referral forms used by inmates be standardized in a way to clearly indicate the prioritization required of the referral.

2. It is recommended that a new or revised protocol be established requiring a specific response or "turnaround" time where an institutional referral has been made for either psychological or psychiatric assistance.

Recommendations respecting the desirability of a more multi-disciplinary approach in the provision of mental health care:

1. It is recommended that efforts be made to formulate and implement a more integrated multi-disciplinary approach to mental health care at Stony Mountain Institution to facilitate the general communication, dialogue, information exchange and prioritization of the mental health services provided at the institution.

   It is further recommended that uniform standards of care be set forth so as to enable the respective professionals to have clear reference points concerning how their individual roles and responsibilities fit into the larger whole of identifying, reporting, diagnosing, and ultimately treating mental health problems in the institution.

CASE FILE NO. 1228/98

Cause of Death: Multiple Injuries due to Fall

Manner of Death: Accidental

Circumstances: While participating in a skydiving jump with the owner-operator of the Winnipeg Skydiving Centre at Gimli, Manitoba, the deceased, who did not have the benefit of either a proper functioning altimeter (an automatic activation device which had been set in the off position) or other proper safety equipment, lost track of altitude awareness and failed to fully inflate his parachute at a height which would have allowed him to land safely in the prescribed drop zone. The impact on landing result in his death, on May 23, 1998.

Judicial Recommendations:

That the present rules governing the safety of Canadian Sport Parachuting Association members be the basics for a more exhaustive set of rules to be established by the Minister of Transport – rules which among other things would make it mandatory for all skydiving center operators to ensure that:

1. A safety check of all gear is received by all skydivers prior to boarding the aircraft;

2. All skydivers who board the aircraft wear at least one reliable, functioning and visually accessible altimeter capable of accurately indicating the altitude above the ground;

3. When performing relative work each and every skydiver shall wear a reliable, functioning chest mounted altimeter which is visually accessible to the other participants in the skydive.

4. All skydivers wear a reliable, functioning altitude activation device.

5. Where a skydiver is designated as being of non-current status, i.e. not having made a parachute descent within 90 days, that a refresher course be undertaken by the subject skydiver.

6. All relative work will be choreographed and the altitude at which it will be performed will be filed prior to boarding the aircraft.

7. The senior jumper on a flight will be designated as "jumpmaster" and shall be responsible for the safety, supervision and dispatching of all other jumpers.

8. All incident reports to be forwarded to the Minister of Transport Canada for the purpose of the Ministry conducting investigations of incidents.

It is further recommended that all drop zones be designated as controlled air space and that the Minister of Transport Canada require that all skydiving centres be licensed in accordance with rules and regulations established by the Minister.

In addition, it is recommended that no aircraft be allowed a flight operation certificate for the purpose of transporting non-licensed skydivers.

CASE FILE NO. 2766/96

Cause of Death: Multiple drug toxicity

Manner of Death: Undetermined

Circumstances: This 27 year-old male was discovered deceased in his cell, on December 14, 1996 at the Stony Mountain Institution. He had a long-standing addiction to drugs but evidence at the inquest showed that the deceased had claimed to be free from drugs for at least two or three years, immediately prior to his death.

Judicial Recommendations:

1. That a "failure" on the ion scan for the presence of any drug should, automatically, result in that visitor being denied any visit with any inmate on the day of that failure, regardless of risk assessment.

2. That subsequent to any failure, and at the discretion of Correctional Officials, such visitors be permitted booth visits only with the inmate until the visitor has passed three consecutive ion scans.

3. Subsequent to the passing of three ion scans consecutively, the visitor may be allowed a supervised visit, if in the opinion of Correction staff, security is not compromised and that such a supervised visit would be consistent with any risk assessment of the situation.

4. Open visits to an inmate should not be allowed after any failure on the ion scan has occurred until after the booth visits have taken place and until after three supervised visits have taken place all with no failures on the ion scan.

5. Nothing in the foregoing takes away the right of Correction staff to deny or restrict any visit for any reason if in their opinion the security of the institution or the population or staff will be compromised or if a risk assessment indicates a problem may exist.

6. Even when a "pass" is recorded on the ion scan, in any case where there is any trace or a drug found, no open visit should ever occur.

7. The institution should carefully monitor, track and record those individuals or groups of individuals, who visit more than one inmate to ensure that institutional safety is not compromised.

8. More staff should be trained in ion spectrometry technology to ensure that there is always a highly qualified and trained person available to operate the scan.

9. Lighting on the ranges must be improved to ensure staff can appropriately and adequately monitor inmates.

10. The practice of allowing inmates to erect blankets for privacy should be abolished and replaced with curtains that allow for such privacy but also allow, through visible openings, for staff monitoring.

11. Open ranges walks by staff should be implemented so as to encourage staff and inmate interaction. This may allow for staff to become more aware of problems on the range and incidences where drug use may be an issue.

12. An Institutional Search Plan should be implemented to facilitate regular institutional searches.

13. After any inmate death on a range, the cells on that range must be searched regardless of whether or not there is indication of illegal activity on the part of any inmate on that range.

14. Increased use of closed circuit television cameras will allow for better monitoring and security of inmates and staff.

15. At least two stand-to counts should be taken by the institution within a 24 hour period, preferably at around 11:00 a.m. and 4:00 p.m.

16. Stand-to counts must be enforced with clear direction to staff.

17. Correction staff must be required to log any activity on the range during the day which might indicate a problem or potential problem with any inmate including any indication at any time that an inmate is not seen moving from his location or interacting with any other inmate or staff member for more than two hours. This should apply to the time between 8:00 a.m. to lockdown at night and does not apply to nighttime supervision.

18. Inmates should not be allowed to sleep undisturbed during the day from 8:00 a.m. to lockdown at night for more than two hours at a time.

19. Correctional Services supervisors and Stony Mountain administrators must ensure that all staff are routinely and consistently informed of rules and regulations and their changes through written, electronic and verbal means. Staff must be required to review these regulations and rules consistently and be conversant with them.

20. Correctional Services of Canada should ensure all staff receive appropriate training and retraining and continuing in-service on how to perform their job functions and should allow for staff renewal in light of stressful working conditions.

CASE FILE NO. 1350/97

Cause of Death: Penetration wound to abdomen

Manner of Death: Accidental

Circumstances: This 26 year-old employee of a metal recycling company was operating a hydraulic powered alligator shear with the objective of removing the aluminum ends from what was believed to be inert rounds of ammunition. The deceased had been given instructions from his manager on how to dismantle the shells and was on the third or fourth day of his involvement in this task. He was wearing personal protective equipment including steel-toed boots, safety glasses and gloves. On May 30, 1997 a fellow employee observed a large explosion and discovered the deceased lying on the ground outside the shed where he had been working. He was rushed to Health Sciences Centre where he died a short time after arrival.

Judicial Recommendations:

1. That the Canadian Forces and the German Army review their records to ascertain the names and locations of all successful bidders of surplus munitions and range scrap emanating from Camp Shilo from 1997 onwards and notify these individuals or corporations of the dangers respecting same. This notification should include both physical descriptions of the round in question and photographs of the said round.

2. That the Canadian Forces advise these consumers that upon request they will be prepared to attend to the consumers' premises, examine suspect munitions, and if identified as a potentially dangerous round or device, arrange for the safe removal and disposition of same.

3. That the Canadian Forces undertake the placement of advertisements in urban and rural newspapers thus advising the public on a large scale of the possible existence of these rounds in the community, describing them fully and providing photographs of same.

4. Keeping in mind that the German Army Training Establishment will terminate its operations at Camp Shilo in March of 2001, it is recommended that their personnel undertake the examination of their files for the purpose referred to above and convey all relevant information in written form to the Commander of the Canadian Forces Base at Camp Shilo prior to their departure.

5. Given the results of the test done on various of the items of range scrap seized from the yard following the explosion which killed the deceased, it is clear that some of these items possessed the potential to injure or perhaps kill those with whom they

came into contact. It is therefore recommended that the Canadian and German forces include in their information package to the aforementioned successful bidders, descriptions of these items as well, and to advise as to their potential for causing harm.

6. That a complete written, and where possible, visual record of all munitions and explosive components from munitions, fired or otherwise used at the Camp Shilo ranges be compiled post haste by the Canadian Forces; and again, being aware of the fact of the departure of the German Army Training Establishment, that the German Forces liaise with the Canadian Forces prior to their departure and provide them will all relevant information and technical data concerning their munitions which may be required to complete the aforementioned written and visual records.

7. That the need for the Canadian Forces to ensure that all future range sweeps undertaken at Camp Shilo be preceded by a detailed briefing of all personnel on the fact of the possible existence of 105 mm HEAT "blinds" on the ranges, and that all personnel be equipped to identify them on sight and to be appreciative of the possibility of the existence of such a round possibly being in a deteriorated condition and thus appearing similar to a 105 mm practice round.

8. The evidence disclosed that virtually all range scrap leaving as surplus from C.F.B. Shilo had a certification affixed to same that the scrap was "free from explosives". As a prerequisite to the purchasing of range scrap, however, it was necessary for the prospective purchaser to complete an offer to purchase which contained in its form a notification that "the material listed may contain items of an explosive or inflammable nature". It is clear that this inconsistency should never have existed and the Canadian Forces' hierarchy, as well as appropriate personnel in the Crown Assets Disposal Agency, must ensure that this is not allowed to continue in place.

9. In the event that the Canadian Forces invite the Armed Forces of some other country to attend C.F.B. Shilo for the purpose of training on its ranges, it would appear essential that the Canadian Forces revisit the process by which they licence the possession and usage of weaponry and ammunition by its visiting members. It should be a prerequisite that the visiting forces provide the Canadian Forces with a complete list of their weaponry including the ammunition which they will be firing and which is capable of being fired from said weapons. Should this ammunition possess components which are unique to that visiting force, then specifics and diagrams of these components should be required as well and same should be made available to the Canadian Forces in an easily understandable fashion.

10. In conjunction with the above adjustments to the licencing process, it would appear to be essential that a formal Technical Order be prepared and maintained which would include every type of ammunition found on the ranges during the various sweeps in the past, and that same be kept current. This technical order should include diagrams and photographs of the ammunition and where possible its components. This technical order should carry with it the caveat that the color coding on this

ammunition can deteriorate, and in fact disappear over time, due to the soil and climactic conditions on the ranges with the result that it may not be readily available.

11. Visiting forces to the C.F.B. Shilo ranges must be required to carry out their range clearing and screening procedures in accordance with the standards set by the Canadian Forces. It would not be inappropriate to suggest that there be some supervision by Canadian Forces to ensure that Canadian standards are maintained. The Canadian Forces' hierarchy will have to consider whether or not it is in the best interests of Armed Forces personnel and ultimately the public that all range clearances be carried out solely by Canadian Forces personnel.

12. The inquiry suggested that the present level III screening process be terminated and that all range scrap be placed in a high intensity furnace capable of withstanding substantial explosion and thus be reduced to a form of "slag" that would be rendered safe, but have very little, if any, commercial value. It may be the case that a form of technology can be utilized that will permit the Canadian Forces to produce range scrap that can safely be tendered as surplus in a state that will maintain its commercial value. If this can be done without compromising the safety of military personnel and the public, it may offer a preferable answer to the problems as some of the profits from the sale of the surplus can be utilized to offset the costs of researching and developing the technology. Safety must at all times be the paramount concern.

13. The level I and level II screening processes must be regularly reassessed, and where technology can be utilized to improve same, then such usage should be a priority. In the event that the level III screening process is to be retained it will be necessary to ensure that no more than one person is responsible for filling a tri-wall with range scrap prior to affixing a certification to same that it is free from explosives.

CASE FILE NO. 2339/00

Cause of Death: Acute Alcoholism

Manner of Death: Accidental

Circumstances: This 25 year-old male was lodged in the RCMP cells under the Intoxicated Persons Detention Act. He was taken to the cells at approximately 9 p.m. on October 5, 2001 and during a round was discovered deceased at approximately 4:40 a.m. on October 6, 2001.

Judicial Recommendations:

1. All individuals who are arrested under IPDA detention (but particularly those who are grossly intoxicated) should be housed in a facility other than RCMP cells which provides proper supervision including medical and alcohol abuse treatment.

2. All individuals in an unconscious or semi-unconscious state should be taken for medical assessment and treatment. The definition of semi-unconscious should be clarified and include persons who are unable to communicate whatsoever, respond to simple directions or transport themselves a short distance.

3. In the interim, prior to the establishment of a provincial facility to house IPDA detainees, grossly intoxicated persons should be held in The Pas Correctional Centre.

4. All RCMP constables and guards should receive formal training in the handling of grossly intoxicated persons.

CASE FILE NO. 0864/99

Cause of Death: Intracerebral Hemorrhage

Manner of Death: Undetermined

Circumstances: The deceased apparently began consuming beer in the afternoon of April 9th, 1999. He was involved in a physical altercation with another individual that evening. He was taken to an empty residence in Sandy Bay. The following morning the homeowner contacted the Amaranth RCMP to have the deceased removed from the home. The RCMP took the deceased and lodged him in their cells under the Intoxicated Persons Detention Act, where he remained from April 10th at 11:15 a.m. until April 11th at 8:30 a.m. when he was discovered unresponsive. He was transported to Portage La Prairie Hospital by ambulance and subsequently transferred to Health Sciences Centre in Winnipeg for a CT scan and neurological assessment. He was diagnosed with a severe intercranial injury. Surgical intervention was not an option and he died at 4:04 p.m. on April 11, 1999.

Judicial Recommendations:

1. All regional detachments should have similar policy as it relates to the treatment of prisoners who appear to be less than fully conscious.

2. A) Detachment policy should mirror Divisional policy as it relates to the subject of the examination of "not fully conscious individuals" by a qualified medical

practitioner. Divisional policy states that these individuals must be examined by a qualified medical practitioner to determine whether they are fit to be incarcerated.

The present Amaranth Detachment policy indicates that ill, injured, suspected drug overdosed, or acutely alcohol poisoned individuals must be examined by a medical practitioner prior to being lodged. This policy should be amended to include those individuals who are "not fully conscious" as indicated in the Divisional policy, to avoid any confusion.

B) Amaranth Detachment policy, as it relates to the duties of guards and matrons, presently states that details and records on prisoners must be reviewed by incoming guards with the outgoing guards.

The policy should be made more specific to include a review of the length of time that the person has been incarcerated and a review of the physical activity displayed by the detainee. A physical check of each detainee should be made by incoming and outgoing guards together. The incoming guard should make a notation in the logbook setting out their understanding as to how long the detainee has been in custody and his general physical movement during detention. This should be initialed by the outgoing guard.

C) The Amaranth policy, as it relates to the monitoring of prisoners, should be slightly altered.

This Detachment policy makes three distinctions relating to types of prisoners. The first can be described, for lack of a better term the "general prisoner" who displays no specific issues or concerns. The second group are those who are suicidal, ill, injured or suffering from acute alcohol poisoning. The third group are those under the influence of alcohol or drugs. Those groups have different requirements for monitoring. The policy should be amended to clarify that the monitoring for the drug or alcohol affected detainee should be of a more frequent nature than the standard fifteen minute interval. It should be amended to read that such detainees should be subject to special attention or frequent monitoring, similar to the earlier policy of the Detachment.
As well, the current four-hour "rousing" policy states that the detainee need only be awakened if they have not been awake during the preceding four hours. The working should be amended to read "fully conscious during the preceding four hours". In other words, the rousing should still be done unless there is clear evidence that the individual had become fully conscious (such as getting up, using the washroom) for a period during the preceding four hours.

3. Qualified medical personnel, who examine the "not fully conscious individual", need not be a medical doctor, but should incorporate reasonable alternatives such as nursing staff.

4. An amendment to the Detachment policy that would dovetail with the duties of guards and matrons and the monitoring of prisoners as well as the duties of the Senior officer in charge on a shift is required to address the issue of ensuring that an experienced review is done regarding the circumstances surrounding the detention of each prisoner.

   All Detachment and Divisional policy should reflect that the senior officer on duty, must, with the guard, upon commencing his or her tour of duty, attend on any prisoner detained at the detachment. If the prisoner is other than a "general prisoner", with no special needs or concerns, the Senior officer should do a physical check on the prisoner and a "rousing attempt" in cases of any prisoner who appears to be other than fully conscious. The Officer should then document the check, or rousing attempt, in the logbook as well as instructions given to the guard. The Officer will also note the hours the individual has been detained and include a general comment regarding his review of the detainee's physical activity during detention. A general prisoner should still be subject to a physical check by the senior officer and the notations in the logbook relative to length of detention, instruction to guards, and physical state during detention.

REPORTED DEATHS OF CHILDREN – IN – CARE*

Year	Male	Female	Total
1992	16	10	26
1993	18	12	30
1994**	36	32	68
1995**	27	21	48
1996	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
Total	**298**	**226**	**524**

* A 'Child in Care' is defined in s.10(1) (a) & (b) of the Fatality Inquiries Act. It does **NOT** refer solely to children in foster or alternative care placements.

** Stillbirths were reported in 1994 and 1995. As of May 1995, pursuant to a decision of the Provincial Court of Manitoba, stillbirths are no longer investigated.

Chief Medical Examiner's Recommendations to Minister of Family Services and Housing 2001

Section 10(1) of *The Fatality Inquiries Act* states:

> Where the chief medical examiner receives an inquiry report with respect to a deceased child and, at the time of death of the child or within the two year period preceding the death,
>
> (a) the child is or was in the care of an agency as defined in The Child and Family Services Act; or
>
> (b) a parent, guardian or sibling of the child is or was in receipt of services under The Child and Family Services Act;
>
> the chief medical examiner shall, for the purpose of assessing the quality or standard of care or service provided to the child or to the parent, guardian or sibling of the child, examine the records of the agency with respect to the child or the parent, guardian or sibling and shall review the actions taken by the agency in relation to the child or the parent, guardian or sibling.

In carrying out this review, the Chief Medical Examiner is authorized to examine agency records and to make necessary confidential copies as required, to interview agency staff, and to exercise any other investigative powers under *The Fatality Inquiries Act*, Sections 7(5) and 9(7).

In accordance with subsection 10(5), the CME may include in the annual report, a summary of the recommendations contained in the reports prepared under subsection 10(3) in the previous year. This summary is provided without disclosing the name of an individual or agency or any information that might identify a child or the parent or guardian of a child.

In addition to the 79 reports (concerning 84 children) in which the Chief Medical Examiner made recommendations concerning the services provided, reviews of the services provided to a further 19 children (encompassing 19 reports) were conducted. The Chief Medical Examiner made no recommendations in these reports with respect to the services provided by the Agencies concerned.

The following recommendations have been combined into categories.

	No.	Totals
Office of the CME		
(These recommendations deal with services to the Office of the Chief Medical Examiner.)		
That the Office of the Chief Medical Examiner be provided with requested information.	2	
That the Office of the Chief Medical Examiner be provided with a 24-hour contact number to report child deaths	1	
		3
Agency Case Management		
(These recommendations refer to an Agency's services in general.)		
That intake and family services be oriented toward early intervention and prevention of child abuse and family dysfunction.	4	
That risk assessment and family assessments be completed before closing files.	3	
That CFS Provincial Program Standards for file recording, case planning and case management be met, including keeping information current and placing information on file regarding court proceedings. This category also includes recommendations on improving the storage and maintenance of files to protect against loss by fire or natural disaster.	56	
That consultations between workers and supervisors are recorded on files and that follow-up is done as requested.	2	
That the Agency develop and provide proactive service including outcome measures for case plans.	5	
That the Agency review the CFS mandate regarding the appropriate use of Voluntary Placement Agreements when providing service under Section 17 of the CFS Act	5	
That child protection files not be closed when are protection issues outstanding.	3	
That the Agency assist families in obtaining recommended treatment and therapy.	1	
That Program Standards for providing and documenting voluntary family services be met by the Agency.	4	
That families temporarily relocating from remote or rural areas be monitored while in urban areas.	1	

	No.	Totals
That summaries be placed on case files periodically to keep important information easily accessible.	1	
That recommendations from psychiatric or psychological assessments sought by the Agency be followed.	1	
That the staff of an Agency be aware of the confidentiality provisions of the CFS Act.	1	
That an Agency employ a family systems approach to service provision.	1	
		89
Agency Staffing Issues		
That Agency staff receive training enabling them to deliver service that meets Program Standards.	1	
That Agency social work staff be trained in the process and application of risk assessment in child welfare practice.	5	
That caseworkers be trained in the theory and application of family violence intervention and the impact of violence on children.	3	
That the Agency provide regular workshops on current issues in addictions treatment, including interventions for children.	3	
That a training scenario be developed based on the events of a particular casework situation.	1	
That staff receive training in delivering service to expectant and/or adolescent mothers.	1	
		14
Agency Actions in Abuse and Neglect Cases		
(These recommendations refer to both specific cases and Agency practice in general.)		
That an abuse investigation be completed in a particular case.	1	
That the results of an abuse investigation be presented to an Agency's Abuse Committee.	1	
That all parties in an investigation be interviewed, including alleged perpetrators.	2	
That, when appropriate, the Agency advise the non-custodial parent of its concerns.	1	
That the Agency base case plans on a thorough review of available information.	2	
That an Agency review risk assessment protocols and procedures and use a validated instrument for assessing risk.	2	
That an Agency assess the safety of a child who demonstrates fear or distress during interviews.	1	
That, in abuse investigations involving an Agency's foster parents or employees, another Agency investigate the allegations.	1	
That an Agency investigate the situations of adolescents "dating" much older adults.	1	
That Agencies conduct investigations and interventions in accordance with Program Standards and good social work practice.	8	
That an Agency take appropriate action concerning a man with a history of sexual activity involving children.	2	

	No.	Totals
That an Agency advise children with sensitivity of mandated reporting requirements under s.18.4(2.1) of the CFS Act.	1	
That an Agency create permanency plans for children whose families are repeatedly unable to protect them or meet their needs.	1	
That an Agency respond promptly to reports of child abuse or neglect.	5	
That an Agency follow up with an abuse investigation as recommended by the Child Protection and Support Services Branch.	1	
That an Agency provide prompt responses and appropriate service after reports of family violence.	2	
		32
Agency Actions in Specific Cases		
(These recommendations refer to actions with respect to particular families or children.)		
That the Agency undertake a comprehensive assessment of a family's situation with reference to Section 17 of the CFS Act.	17	
That the family's functioning be assessed if another child is born.	1	
That the Agency monitor a family's choice of childcare providers.	1	
That the Agency refer children who abuse alcohol or other substances for assessment and treatment.	4	
That an Agency provide family planning education or information.	2	
That the Agency update family data on the Child and Family Services Information System.	2	
That the Agency assist a family in obtaining a home.	1	
That the Agency consider permanency planning for the children in question.	1	
That the Agency discuss with parents safety concerns regarding their children's activities.	1	
That an Agency consider using a home setting, rather than hotels, for family visits.	1	
That the Agency clearly delineate the case management responsibilities of "city" and "community" staff.	1	
That an Agency open a child protection file and complete a family assessment.	2	
That the Agency include fathers in its case plans and place expectations for change on fathers.	1	
That an Agency consider submitting an individual's name to the Child Abuse Registry.	3	
That an Agency advocate to protect children from a known hazard in the community.	1	
That the Agency seek a parent-child assessment from an independent assessor.	1	
That the Agency request a criminal risk assessment on the parents.	1	
That an Agency re-visit and reconsider a concluded abuse investigation.	1	
That the Agency use a recognized medical facility for child abuse examinations.	1	
That Agency workers and supervisors have access to a particular OCME report.	2	
That an Agency ensure communication occurs between workers sharing different parts of a case.	1	
That, should a particular file be reopened, a thorough assessment be completed.	1	

	No.	Totals
That an Agency provide support for a parent and surviving child.	2	
That the Agency act to protect children when parents disregard the terms and conditions of the Agency's involvement.	1	
That the Agency arrange "post closing" contacts with a family having a history of recidivism.	1	
That an Agency determine how two unlinked protection files were opened on the same family.	1	
That the Agency address with specific foster home applicants the information in their foster home licensing application.	1	
That an Agency respond appropriately to reports of criminal acts by children under the age of 12 years.	1	
That the Agency provide counselling for children who witnessed a parent's suicide attempt.	1	
That an Agency be informed of cultural practices in decision-making regarding sick children.	1	
That the Children's Advocate be requested to become involved.	3	
That the Agency seek an assessment of one child's risk of self-harm.	1	
		60
Children in Care		
(These recommendations are specific to an Agency's service to children in foster care.)		
That service records and case plans meet Provincial Program Standards.	6	
That the reasons for apprehension of the children and plans for service be provided to parents.	2	
That children are discharged from foster care only when the identified child protection concerns have been addressed and assessments of the caregivers completed.	10	
That an independent assessment of the family be completed before children are discharged from care.	1	
That the Agency maintain a corresponding family file while children are in care.	1	
That Agencies no longer be required to monitor children in long term hospital or institutional placements when no child welfare concerns exist.	1	
That the outcomes of foster home abuse investigations be placed on the Child and Family Services Information System.	2	
That an Agency act quickly when investigating allegations of abuse or neglect involving foster parents.	1	
That foster parents be provided with sufficient information about the children in their care.	1	
That the Agency act quickly to provide treatment services to children with deviant behaviours.	1	
That the Agency assess the ability of a community to provide services and support for children discharged from care.	1	
That decisions to discontinue prescribed medication be made in consultation with the prescribing physician.	2	

	No.	Totals
That medical care for children and records of medical care meet Program Standards.	2	
That monitoring of children in foster homes meet Program Standards.	1	
That the Agency ensure collateral service providers' concerns about children are addressed and that information about the children is shared.	2	
That the Agency follow medical advice sought for children in care.	1	
That the Agency assess a child's legal guardians with respect to family violence.	1	
		36
Legislative Change		
That the Province of Manitoba ensure criminal record checks, Child Abuse Registry and previous child welfare involvement checks are done for all adoptions, including stepparent adoptions.	1	
		1
Agency Policy		
(These recommendations are addressed to specific Agencies.)		
That the Agency review policy on file closures to avoid hasty closings concerning families with chronic child welfare problems.	1	
That the Agency ensure its sub-offices employ an agency protocol or procedure regarding the disappearance of children in the Agency's care.	1	
That the Agency develop and implement conflict of interest policies for its employees.	1	
That foster home application assessors read complete files on applicants (where such files exist) and address past child welfare concerns to determine the efficacy of past interventions.	1	
That the Agency ensure a particular community has a worker available at all times.	1	
That the Agency use only those foster homes studied and licensed according to Provincial Standards.	1	
That an Agency ensure foster parents receive adequate training before fostering children.	1	
		7
Provincial Support Services to Agencies		
(These recommendations suggest provincial policy changes.)		
That a multi-disciplinary committee to be struck to review agency decisions on closing cases involving non-compliant, at-risk families.	1	
That a case category of "inactive" be implemented for cases requiring monitoring with minimal contact.	2	
That Program Standards for fathers regarding notification of paternity and services to new fathers be reviewed.	1	
That immediate referrals are made to police when criminal charges are possible.	1	
That supportive services be provided for minor parents who lose a child.	1	
That a province-wide review of policies regarding the participation of fathers in families receiving services be undertaken.	1	
That a category of file closings acknowledge file closures due to noncompliance.	1	

	No.	Totals
That Agencies be funded to provide urgent but non-life threatening medical transportation for children in families where there is financial need.	1	
That the Province develop training in the sexual harassment of youth including investigation and intervention.	1	
That Voluntary Placement Agreement termination forms be modified to include the reason for termination and the Agency's position on this action.	1	
That the Province review and improve services to child witnesses in rural and northern areas.	1	
That the Province consider the impact on rural and remote Agencies of referrals for mental health services made to the Agencies.	1	
		13
Recommended Provincial Actions Regarding Agencies		
(These recommendations deal with provincial action regarding specific Agencies.)		
That the Province act on information about a particular foster home.	1	
That the Province review information-sharing between Agencies.	2	
That the Province be proactive in identifying service delivery problems in Agencies.	1	
That the Province review with an Agency the use of Canada-wide alerts.	1	
That the Province review an agency's assessment of the impact of family violence on children and the services provided.	1	
That the Province review the current situation of a family regarding service provision by an Agency.	1	
That the Province ensure partisan interference does not hamper an Agency in providing service to children.	2	
That the Province ensure casework by an Agency protects children and supports families.	1	
That the Province ensure casework supervision and reviews of service occur regularly in an Agency.	1	
That the Province review the intake process in an Agency sub-office for effectiveness and efficiency.	1	
That the Province ensure an Agency's foster homes meet minimum provincial standards.	1	
That the Province review an Agency's actions regarding a family and its use of risk assessment with reference to particular issues and concerns.	1	
That the Province review an Agency's actions regarding the removal of children and their subsequent discharge from care in advance of any documented change.	1	
That the Province conduct a review of funds provided for a specific child and project.	1	
That the Province review an Agency's use of the education system to provide treatment services to a child.	1	
That the Province review an Agency's use of a foster home where one parent is on the Child Abuse Registry.	1	

	No.	Totals
That the Province determine what services were provided to a family and why no Agency record of these exists.	1	
That the Province ensure Agencies obtain standardized information from homeless youth and assess their state of mind, personal resources and risk of self-harm as part of the decision to provide service.	1	
		20
Expectant and Minor Parents		
(These recommendations deal with services to children who are parents.)		
That an Agency complete a parenting assessment as required in the Program Standards.	1	
That the Agency ensure family planning information is provided to parents.	3	
That an Agency provide services as set out in the legislation and Program Standards.	1	
That Agencies combine Expectant Parent Service files with files opened later for child protection or voluntary family service.	1	
		6
Inter Agency Actions		
(These recommendations refer to actions involving two or more Agencies.)		
That an Agency make referrals to other Agencies on behalf of relocating families who require service.	7	
That an Agency transfer accurate and complete documentation to another Agency.	2	
That Agencies review their risk assessments of physical and emotional abuse in a family.	1	
That an Agency ensure the accurate communication of childcare concerns.	1	
		11
Adoptions		
That complete and impartial information about prospective adoptive parents is included in home studies.	1	
		1
Agency Contacts and Actions Regarding Collateral Services		
(These recommendations refer to interactions with other service providers.)		
That the Agency review abuse reporting protocols with a school.	1	
That the Agency review abuse reporting protocols with a shelter.	1	
That the Agency refer abuse cases to police for investigation without delay (including historical abuse disclosures) and with complete information.	3	
That an Agency assess a family's needs before making referrals to other service providers.	1	
That the Agency assess the impact of parental mental health problems on children.	1	
That the Agency report incidents involving a teacher to police for investigation.	1	
That the Agency report incidents involving a teacher to the Department of Education.	1	

	No.	Totals
That the Agency not close its file on a family until Intake conditions are met, e.g. family members meeting commitments to attend treatment, make specific lifestyle changes, etc.	1	
That the Agency engage in case management planning with other systems providing service to the family.	1	
That the Agency discuss the circumstances of a child's death with police.	1	
That the Agency provide police with information about the alleged abuser of a deceased child.	1	
		13
Province Wide Actions Concerning Services		
(These recommendations suggest province wide changes to the child welfare system.)		
That the Province implement a province-wide computerized system for information preservation to be used by all mandated Agencies.	1	
That the Province advocate for fire prevention efforts in First Nations communities.	1	
That the Province review tools, particularly tracking systems, available to Agencies working with highly transient families.	2	
That the Province test the reliability and validity of the risk assessment tool provided in provincial competency-based child welfare training.	1	
That the Province develop services to assist families adopting older children.	1	
That the Province monitor the use of a particular drug for children in care.	1	
That the Province ensure that agencies meet notification standards for First Nations children in care.	1	
That the Province review gaps in treatment services for children under the age of 16 years who are affected by alcohol-related neurological deficits, solvent abuse and "choking games".	1	
That the Province establish Critical Incident Stress Management teams for all regions.	1	
		10
Other Provincial Action		
That the Province contact another province/territory regarding an alleged abuser of other children.	1	
		1

For more information or additional copies of this report,
please contact:

Office of the Chief Medical Examiner
210-1 Wesley Avenue
Winnipeg MB R3C 4C6

Tel: 204-945-2088
Fax: 204-945-2442

Justice Manitoba
Manitoba Justice

Bureau du médecin légiste en chef

RAPPORT ANNUEL

2001

A.T. Balachandra, M.B.B.S., F.R.C.P.C., F.C.A.P.
Médecin légiste en chef

Table des matières

Historique de la fonction de médecin légiste	1
Introduction	3
Statistiques sur l'ensemble des cas – 2001	5
Catégories de décès ayant fait l'objet d'enquêtes et d'attestations	7
Homicides	7
Suicides	8
Morts accidentelles	10
Morts dont la nature est inconnue	11
Morts naturelles	12
Résumé des morts de résidents en foyers de soins personnels	13
Résumé des morts d'enfants	13
Mort subite du nourrisson	14
Nombre de morts au Manitoba – Examen de la décennie	15
Enquêtes	18
Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour 2001	19
Cas rapportés de décès d'enfants pris en charge	31
Résumé des recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille – 2001	31

Historique des fonctions de médecin légiste

L'ensemble des fonctions actuelles de médecin légiste résulte de l'évolution des fonctions anciennement attribuées au coroner pour lui permettre de remplir ses obligations juridiques et non juridiques.

Le terme « coroner » tire son origine de l'ancienne orthographe française du mot « crown ». On a originellement créé la charge de « crowner » (représentant de la Couronne) dans le but de s'assurer que la Couronne recevait les revenus qui lui revenaient à la suite de morts subites ou inexpliquées.

La première loi visant la charge de coroner a été le Statut de Westminster de 1275, qui a établi cette fonction pour des besoins de perception de revenus. Au cours des années, la législation britannique a modifié les responsabilités du coroner de façon que celui-ci puisse enquêter sur les morts violentes ou non naturelles. Cependant, l'élément de revenu a été conservé sous la forme d'honoraires payables au coroner pour chaque enquête médico-légale.

De par sa tradition en *common law*, le Canada a hérité des concepts de coroner et d'enquête de coroner. La *common law* a accordé au coroner le droit de porter des accusations contre des personnes à la suite d'enquêtes sur des meurtres ou d'homicides involontaires, d'amener ces personnes devant les tribunaux et d'attester de la preuve. Ces pouvoirs ont été intégrés au *Code criminel du Canada* en 1892, exception faite du pouvoir de mise en accusation, qui a été supprimé la même année.

On a, par la suite, adopté diverses lois provinciales qui ont permis de définir la sphère d'attributions et le rôle du coroner, et de confirmer son pouvoir d'enquêter sur les décès, de former des jurys et de mener des enquêtes médico-légales. La fonction de coroner subsiste encore dans certains territoires et provinces.

Compte tenu de l'évolution de la criminalistique et de la spécialisation en médecine légale de certains pathologistes, et étant donné que la plupart des cas à rapporter étaient de nature médicale, il a semblé logique que des médecins plutôt que des coroners profanes se chargent des dossiers. C'est ainsi qu'a été établie la fonction de médecin légiste.

Dès 1971, le gouvernement du Manitoba a remplacé la *Loi sur les coroners* par la *Loi sur les enquêtes médico-légales.* Ré-adoptée en 1975 et de nouveau en 1987, cette loi est restée en vigueur jusqu'au 14 mai 1990, date à laquelle on a promulgué la nouvelle *Loi sur les enquêtes médico-légales.*

La loi actuelle a comme caractéristique le partage des responsabilités entre les disciplines médicales et légales. L'enquête préliminaire sur la cause et la nature du décès est menée par un médecin dont la compétence est reconnue. L'enquête médico-légale, quand on la juge opportune, est entendue par un juge de la Cour provinciale sans jury.

Par ce bref historique, nous avons voulu souligner que la fonction de médecin légiste, bien que récente, est juridiquement et fonctionnellement en place au Manitoba et qu'elle a entièrement remplacé celle de coroner.

Introduction

En vertu de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* et de la *Loi sur les statistiques de l'état civil*, le personnel du Bureau du médecin légiste en chef est chargé de faire des recherches et des enquêtes sur toutes les morts violentes, de même que sur les décès inattendus, inexpliqués ou attribuables à l'absence de soins médicaux, et d'attester de ces morts. D'autres enquêtes visent certains décès survenus dans des hôpitaux ou des établissements. C'est notamment le cas lorsque la mort survient dans les vingt-quatre heures suivant une admission, lorsque le patient est sous anesthésie ou en période post-anesthésique, ou au cours de la période de dix jours qui suit une intervention chirurgicale. Il en est de même du décès des personnes en placement non volontaire ou des résidents dans les foyers de soins personnels. De plus, dans le cas du décès d'un enfant pris en charge par Les Services à l'enfant et à la Famille, le médecin légiste en chef est tenu d'examiner les mesures prises par l'organisme en question.

Le médecin légiste en chef a compétence dans toute la province du Manitoba, dont la population est d'environ 1,15 million d'habitants. Il a également compétence sur les personnes qui sont de passage dans la province.

Le réseau des médecins légistes, sous la direction du médecin légiste en chef, est administré à partir du bureau central de Winnipeg, qui compte 12 employés permanents : un directeur, six enquêteurs, un statisticien et quatre secrétaires administratives. Le bureau compte également 5 autres employés non permanents : deux enquêteurs du médecin légiste qui collaborent aux enquêtes sur les décès lorsque le médecin légiste n'est pas en service et 3 enquêteurs spéciaux qui procèdent aux examens réglementaires des services fournis aux enfants décédés, ainsi qu'aux parents, tuteurs ou frères et sœurs de ces enfants par Les Services à l'enfant et à la Famille. On a recours aux services de 63 médecins légistes qui travaillent à temps partiel et sont rémunérés à l'acte. De plus, on peut faire appel à des pathologistes, à des entrepreneurs de pompes funèbres et à des services ambulanciers, également payés à l'acte.

Dans la ville de Winnipeg, les enquêteurs sont de service jour et nuit. Les médecins légistes qui travaillent à temps partiel offrent leurs services par roulement.

Dans les régions rurales du Manitoba, ainsi que dans d'autres villes comme Brandon et Thompson, les médecins légistes travaillant à temps partiel offrent leurs services sur demande jour et nuit.

Les tests de dépistage de consommation de drogues et d'alcool sont effectués par le service de biochimie de l'Hôpital général de Saint-Boniface. Pour les affaires criminelles, les tests sont effectués par le Laboratoire judiciaire de la Gendarmerie royale du Canada. D'autres examens spécialisés sont offerts sur demande, en utilisant des ressources offertes tant au Manitoba qu'à l'extérieur de la province.

En 2001, 5 804 décès ont été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef, ce qui représente 60 % de tous les décès survenus au Manitoba pendant l'année. Les rapports produits par le médecin légiste ou l'enquêteur indiquaient la cause ou la nature du décès, l'identité et l'âge du défunt, ainsi que les circonstances de la mort. Dans de nombreux cas, des agents de police, soit la GRC, soit des services de police municipaux, ont aidé les médecins légistes à mener leurs enquêtes.

Le Bureau du médecin légiste en chef est aussi chargé d'enquêter sur tous les décès d'enfants et de repérer les situations présentant un risque. Par conséquent, si un enfant pris en charge meurt, non seulement le Bureau mène une enquête conformément à la *Loi sur les enquêtes médico-légales*, mais il examine aussi les actions prises par l'organisme des Services à l'enfant et à la famille concernée pour présenter ensuite un rapport à l'attention du ministre des Services à l'enfant et à la famille.

Le Bureau du médecin légiste en chef participe aux programmes de don des yeux, de tissus et d'organes. Cette participation a permis de faire régulièrement des dons à la banque des yeux et au programme de greffe du club Lions.

Nous tenons à exprimer notre reconnaissance à tous les services chargés de l'application de la loi et aux organismes connexes qui ont collaboré aux enquêtes menées par le Bureau au cours de l'année. Nous remercions aussi les médecins légistes de la province qui ont fait preuve de beaucoup de dévouement et de professionnalisme malgré les conditions souvent difficiles.

STATISTIQUES SUR L'ENSEMBLE DE CAS - 2001

Cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes	**1617**
Cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes	**4187**
Total	**5804**

RÉSUMÉ DE L'ENSEMBLE DE CAS DE 1987 À 2001

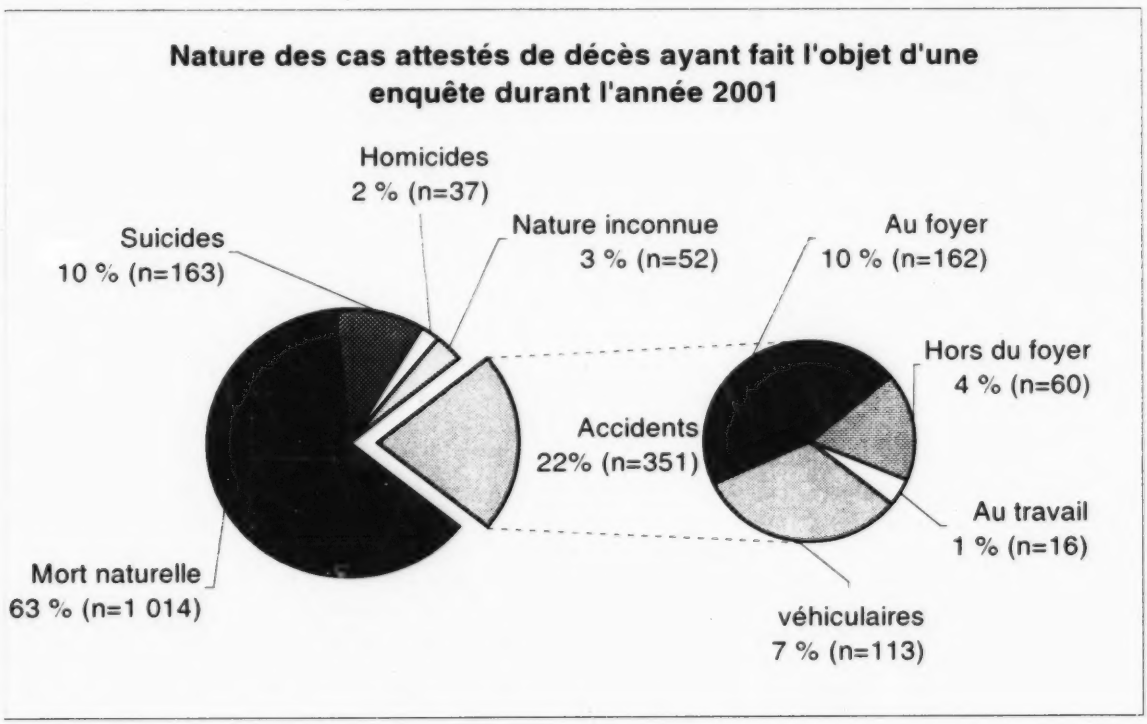
ANNÉE	TOTAL
1987	2 503
1988	2 541
1989	2 582
1990	2 633
1991	2 713
1992	2 741
1993	2 850
1994	3 150
1995	3 188
1996	3 031
1997	3 197
1998	3 178
1999*	5 567
2000*	5 590
2001*	5 804

Nota : À compter de 1999, le nombre total de cas ayant fait l'objet d'une étude sur l'ensemble des cas figurant dans le Rapport annuel, comprendra tous les cas ayant été rapportés au Bureau du médecin légiste en chef. Dans les rapports annuels antérieurs à 1999, les totaux incluaient seulement les cas attestés ayant fait l'objet d'enquêtes par un médecin légiste et par les enquêteurs du médecin légiste. Certains cas n'ayant pas fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes, notamment les décès survenus dans les foyers de soins personnels, n'étaient pas compris dans ces calculs puisqu'une attestation de décès par des médecins légistes n'était alors pas requise. Par conséquent, depuis 1999, le nombre total de cas donne un aperçu beaucoup plus juste de l'ensemble des cas traités annuellement par le Bureau du médecin légiste en chef.

RÉPARTITION DES CAS PAR RÉGION

NATURE DU DÉCÈS	RÉGION URBAINE	RÉGION RURALE	TOTAL
Cause naturelle	3 739	1 462	5 201
Accidents au foyer	114	48	162
Accidents véhiculaires	38	75	113
Accidents hors du foyer	27	33	60
Accidents au lieu de travail	4	12	16
Suicides	86	77	163
Homicides	23	14	37
Cause inconnue	33	19	52
TOTAL	**4 064**	**1 740**	**5 804**

Nota : Dans ces statistiques, le terme « région urbaine » se rapporte à Winnipeg et à Brandon seulement, même si d'autres villes du Manitoba pouvaient être considérées comme des « régions urbaines ».



CATÉGORIES DE DÉCÈS
AYANT FAIT L'OBJET D'ENQUÊTES ET D'ATTESTATIONS

HOMICIDES

Région	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Urbaine	18	5	23
Rurale	13	1	14
Total	**31**	**6**	**37**

HOMICIDES SELON L'ÂGE ET LA MÉTHODE

	Âge							
Méthode	0 à 9	10 à 19	20 à 29	30 à 39	40 à 49	50 à 59	60 et +	Total
Armes à feu	0	0	1	2	0	1	0	4
Arme contondante/ Violence	0	2	1	6	3	1	2	15
Arme à lame pointue/ Coupure par arme tranchante	0	4	3	4	2	4	0	17
Intervention policière	0	0	0	1	0	0	0	1
Total	**0**	**6**	**5**	**13**	**5**	**6**	**2**	**37**

SUICIDES

Région	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Urbaine	59	27	86
Rurale	62	15	77
Total	**121**	**42**	**163**

SUICIDES SELON L'ÂGE, LE SEXE ET L'ORIGINE ETHNIQUE

	Âge								
Sexe	**10 à 19**	**20 à 29**	**30 à 39**	**40 à 49**	**50 à 59**	**60 à 69**	**70 à 79**	**80 et +**	**Total**
Masculin :									
Non autochtones	4	8	19	23	20	7	6	4	91
Autochtones	10	10	5	5	0	0	0	0	30
Féminin :									
Non autochtones	2	2	6	8	6	2	3	1	30
Autochtones	1	7	2	2	0	0	0	0	12
Total	**17**	**27**	**32**	**38**	**26**	**9**	**9**	**5**	**163**
Taux par 100 000 hab.	**10,22**	**17,80**	**19,03**	**21,46**	**19,83**	**10,41**	**12,54**	**11,25**	**14,14**

Nota : Le taux par 100 000 habitants est calculé en fonction de la population par groupes d'âge au Manitoba en juin 2001 (source : Rapport sur la population du Manitoba: Santé Manitoba).

MÉTHODES DE SUICIDE

Méthode	Sexe masculin	Sexe féminin	Total	Total (en pourcentage)
Pendaison/Strangulation	52	19	71	43,6 %
Armes à feu	29	2	31	19,0 %
Surdose de drogue	8	10	18	11,0 %
Oxyde de carbone	11	7	18	11,0 %
Noyade	6	0	6	3,7 %
Saut dans le vide	4	2	6	3,7 %
Autre	11	2	13	8,0 %
Total	**121**	**42**	**163**	**100,0 %**

SUICIDES SELON LA RÉGION ET LE MOIS

Mois du décès	Région urbaine	Région rurale	Total
Janvier	12	9	21
Février	3	9	12
Mars	4	9	13
Avril	6	4	10
Mai	10	4	14
Juin	10	10	20
Juillet	3	3	6
Août	9	5	14
Septembre	5	8	13
Octobre	6	3	9
Novembre	13	6	19
Décembre	5	7	12
Total	**86**	**77**	**163**

MORTS ACCIDENTELLES

Accidents non routiers

Lieu de travail	Région urbaine	Région rurale	Nombre total de morts
Aviation	0	4	4
Pêche	0	3	3
Secteur du transport	2	1	3
Secteur de la construction	1	1	2
Secteur agricole	0	1	1
Secteur forestier	0	1	1
Autre	2	0	2
Total	**5**	**11**	**16**

Au foyer

Chute	59	14	73
Surdose (drogue ou alcool)	37	12	49
Inhalation de fumée	3	14	17
Asphyxie	7	4	11
Brûlure/Ébouillantage	2	0	2
Autre	6	4	10
Total	**114**	**48**	**162**

Ailleurs

Noyade	2	17	19
Chute	13	3	16
Exposition (à un agent provoquant la mort)	3	7	10
Chasse	0	2	2
Accident thérapeutique	1	0	1
Autre	8	4	12
Autre	**27**	**33**	**60**

Accidents véhiculaires	Région urbaine	Région rurale	Nombre total de morts
Véhicule – véhicule	17	31	48
Un seul véhicule	3	25	28
Véhicule – piéton	7	6	13
Motoneige	0	9	9
Véhicule – cycliste	5	1	6
Train – piéton	1	1	2
Véhicule – motocyclette	2	0	2
Trois roues – véhicule tout terrain	0	1	1
Véhicule – train	1	0	1
Plusieurs véhicules	0	1	1
Véhicule – objet fixe	1	0	1
Motocyclette	1	0	1
Total	**38**	**75**	**113**
Nombre total des accidents non routiers	**146**	**92**	**238**
Nombre total des accidents routiers	**38**	**75**	**113**
Nombre total de morts accidentelles	**184**	**167**	**351**

MORTS DONT LA NATURE EST INCONNUE

Cause du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Surdose (drogue ou alcool)	7	4	11
Aucune cause physique connue	6	3	9
Blessures multiples	5	2	7
Mort subite du nourrisson (MSN)	4	2	6
Noyade	1	0	1
Autre	13	5	18
Total	**36**	**16**	**52**

MORTS NATURELLES

Cas attestés de morts naturelles selon la cause

Cause du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Maladie du cœur	383	183	566
Maladie pulmonaire	68	39	107
Hémorragie	68	37	105
Postopératoire	33	28	61
Cancer	15	12	27
Cause inconnue	12	4	16
Péritonite	4	5	9
Peropératoire	6	2	8
Épilepsie	3	5	8
SIDA	2	0	2
Autre	53	52	105
Total	**647**	**367**	**1 014**

Cas attestés de morts naturelles selon l'âge

Groupe d'âge	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Moins d'un an	17	8	25
1 à 9	3	2	5
10 à 19	5	5	10
20 à 29	5	9	14
30 à 39	24	9	33
40 à 49	52	28	80
50 à 59	126	45	171
60 à 69	143	76	219
70 à 79	161	71	232
80 à 89	91	89	180
90 à 99	19	24	43
Plus de 100 ans	1	1	2
TOTAL	**647**	**367**	**1 014**

RÉSUMÉ DES MORTS DE RÉSIDENTS EN FOYERS DE SOINS PERSONNELS

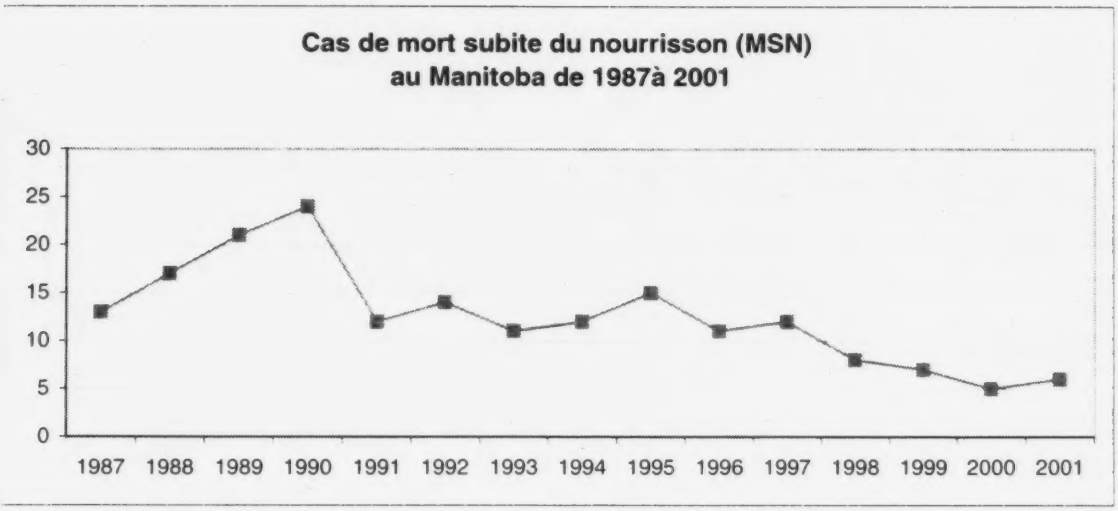
Nature du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Causes naturelles*	35	30	65
Causes naturelles**	946	1664	2610
Accidents au foyer	11	18	29
Accidents hors du foyer	0	1	1
Accidents véhiculaires	0	0	0
Accidents au lieu de travail	0	0	0
Suicides	2	2	4
Homicides	0	0	0
Causes inconnues	0	0	0
Total	**994**	**1715**	**2709**

* Cas attestés de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes.
** Cas de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les enquêteurs du médecin légiste seulement.

RÉSUMÉ DES MORTS D'ENFANTS (âgés de 0 à 17 ans inclusivement)

Nature du décès	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
Causes naturelles*	24	13	37
Causes naturelles**	46	17	63
Accidents au foyer	9	4	13
Accidents hors du foyer	3	3	6
Accidents véhiculaires	13	5	18
Accidents au lieu de travail	1	0	1
Suicides	10	3	13
Homicides	3	1	4
Causes inconnues	12	5	17
Total	**121**	**51**	**172**

Nota : 6 cas de mort subite du nourrisson (MSN) sont inclus dans la catégorie « causes inconnues ».
* Cas attestés de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les médecins légistes.
** Cas de mort naturelle ayant fait l'objet d'enquêtes par les enquêteurs du médecin légiste seulement.

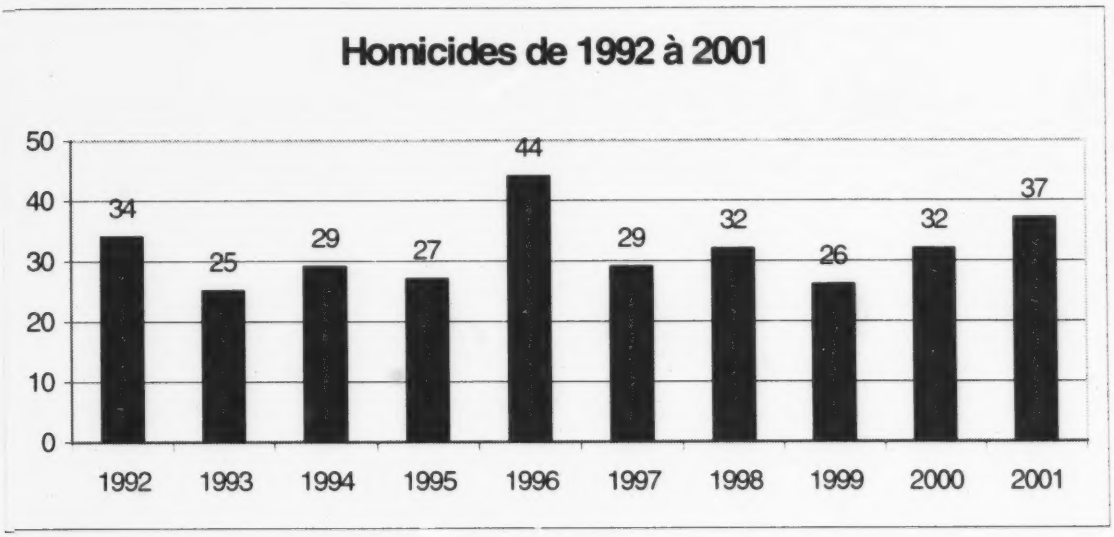


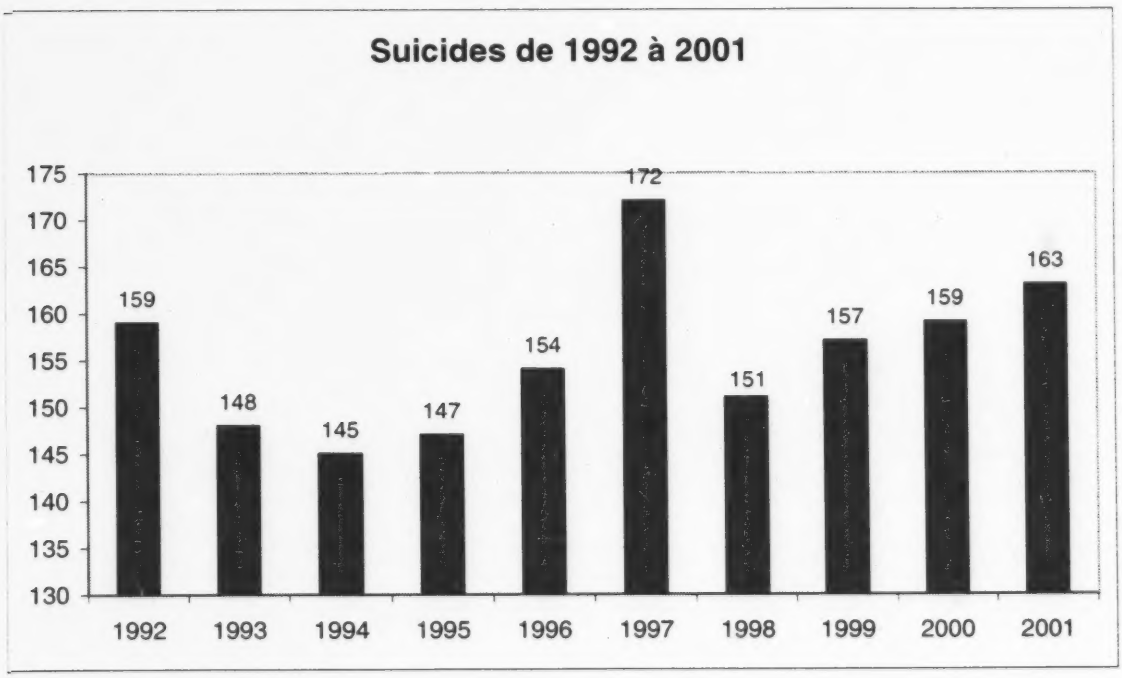
L'incidence globale d'un cas de mort subite du nourrisson est de 1 cas sur 2 411 naissances vivantes. Bien que la MSN puisse survenir à n'importe quel moment durant la première année de la vie, c'est au cours des quatre premiers mois qu'elle se produit le plus souvent au Manitoba.

MORT SUBITE DU NOURRISSON (MSN) AU MANITOBA AU COURS DE L'ANNÉE 2001

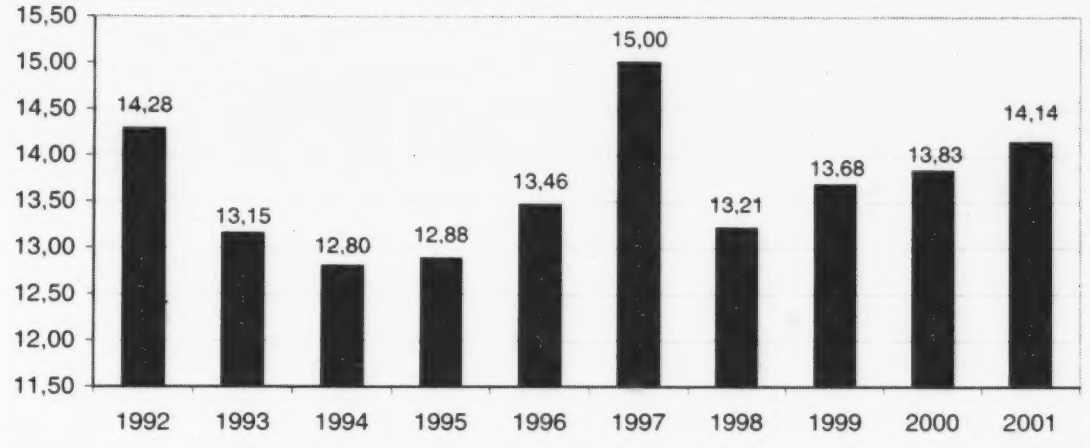
Groupe d'âge	0 à 4 mois	5 à 8 mois	9 à 12 mois	Total
Janvier	1	0	0	1
Février	0	0	0	0
Mars	0	0	0	0
Avril	1	0	0	1
Mai	0	0	0	0
Juin	0	0	0	0
Juillet	0	1	0	1
Août	0	0	0	0
Septembre	1	0	0	1
Octobre	1	0	0	1
Novembre	0	0	0	0
Décembre	1	0	0	1
Total	**5**	**1**	**0**	**6**

NOMBRE DE MORTS AU MANITOBA
EXAMEN DE LA DÉCENNIE

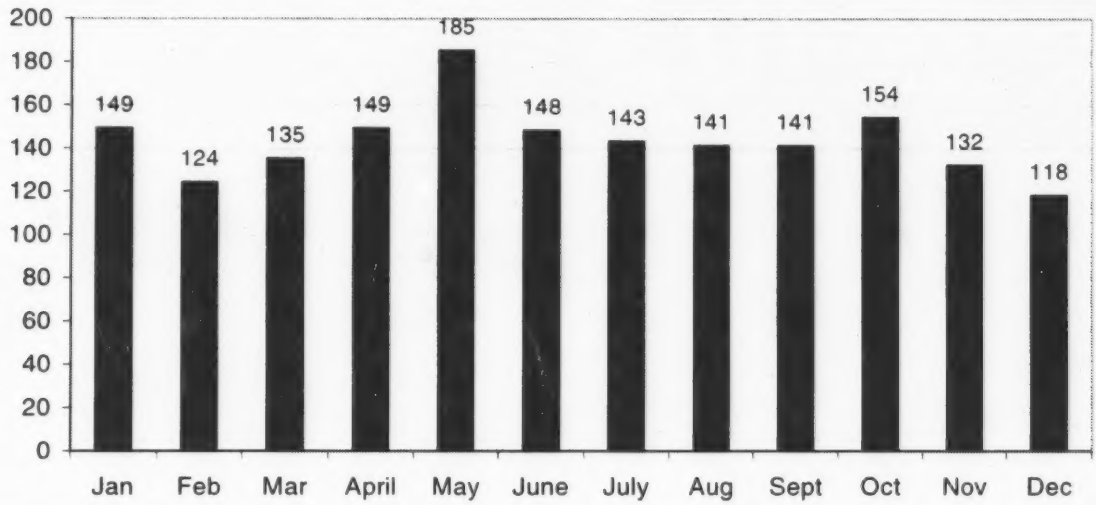


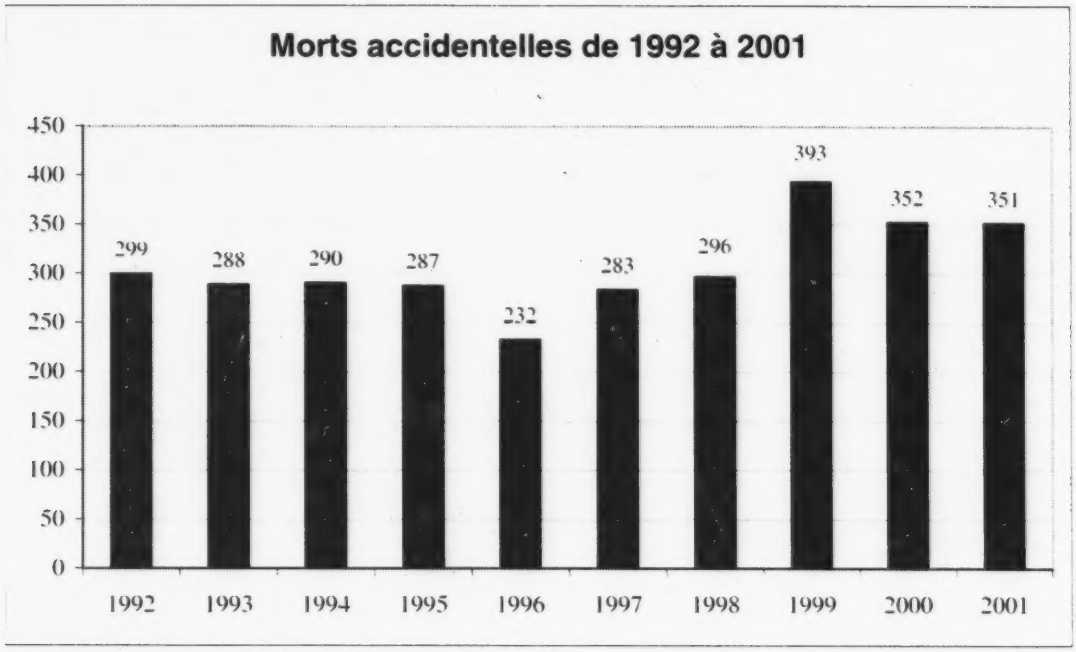


Taux de suicide par tranche de 100 000 habitants de 1992 à 2001

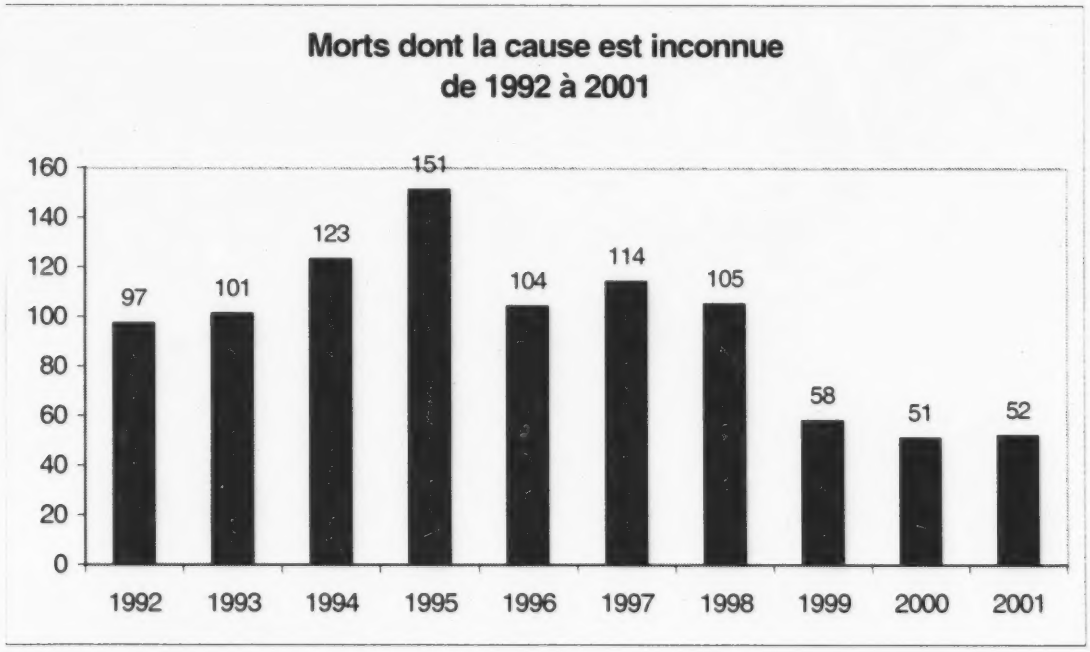


Nombre total de suicides par mois de 1992 à 2001





Nota : À partir de 1999, la hausse des données reflète le changement de catégorie des décès survenus à la suite de chutes, cette catégorie étant passée de naturelle à accidentelle.



ENQUÊTES

RÉSUMÉ DES ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Rapports d'enquête en instance au 31 décembre 2000	11
Cas ayant fait l'objet d'une enquête du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2001	6
Rapports d'enquête soumis du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2001	6
Rapports d'enquête en instance au 31 décembre 2001	11

CATÉGORIES D'ENQUÊTES MÉDICO-LÉGALES

Résumé des rapports d'enquête présentés
(du 1er janvier 2001 au 31 décembre 2001)

Lieu de travail	Accident	1
	Total	**1**
Police ou incarcération	Causes inconnues	2
	Suicide	1
	Accident	1
	Total	**4**
Sport	Accident	1
	Total	**1**

TOTAL DES RAPPORTS D'ENQUÊTE PRÉSENTÉS EN 2001 6

Résumé des enquêtes médico-légales et des recommandations pour l'année 2001

DOSSIER DU CAS N° 2210/98

Cause du décès : Pendaison

Nature du décès : Suicide

Circonstances : Incarcéré à l'établissement de Stony Mountain, cet homme de 53 ans s'est suicidé en se pendant dans sa cellule. Une lettre de suicide avait été retrouvée dans sa cellule le 18 septembre 1998. Le défunt avait depuis longtemps des problèmes de dépression et les médecins avaient diagnostiqué qu'il souffrait de trouble affectif bipolaire. Des contacts avaient été établis avec l'unité de psychiatrie et le dossier avait été adressé à l'unité de psychologie, mais il n'y a pas eu de pharmacothérapie ni d'évaluation psychologique avant le décès.

Recommandations judiciaires au sujet des libérations conditionnelles en établissement et dans la collectivité :

1. Qu'on établisse pour les libérations conditionnelles un protocole clair indiquant ce que l'on doit faire lorsqu'une personne est réadmise à Stony Mountain après la suspension ou la révocation de sa libération conditionnelle. Ce protocole devrait prévoir une rencontre dans le plus bref délai possible entre l'ancien agent de libération conditionnelle dans la communauté et l'agent actuel de libération conditionnelle en établissement afin de discuter des problèmes, des inquiétudes et des recommandations antérieurs et futurs en ce qui a trait au prisonnier réadmis récemment.

   Que toutes les inquiétudes de l'agent de libération conditionnelle de la communauté au sujet de l'instabilité psychologique ou des tendances suicidaires d'un prisonnier soient consignées par écrit non seulement dans le registre des interventions mais également dans un rapport distinct préparé avant et aux fins de l'examen de réadmission du prisonnier.

2. En cas de réadmission par suite de la suspension ou de la révocation de la libération conditionnelle, que l'agent de libération conditionnelle en établissement lise sans faute, avant la rencontre initiale avec le détenu, le dossier relatif à la situation antérieure du détenu dans la communauté. De plus, l'agent de libération conditionnelle en établissement devrait également lire, lorsque l'agent de libération conditionnelle dans la communauté a jugé nécessaire d'en préparer un, le dossier distinct mentionné précédemment afin de déterminer les problèmes perçus d'instabilité psychologique et les risques de suicide que présente le détenu.

Recommandations judiciaires au sujet de l'admission :

1. Il est recommandé qu'une infirmière psychiatrique diplômée soit embauchée à temps plein pour participer à l'examen des dossiers d'admission et assurer la liaison entre les services de psychiatrie et les services de psychologie.

2. Il est recommandé que tout détenu subisse une évaluation psychologique lors de son admission ou de sa réadmission à l'établissement et que l'infirmière psychiatrique, lorsqu'il lui est possible de le faire, consulte sans faute le dossier carcéral antérieur du détenu, avec le consentement de celui-ci. Si le détenu refuse de donner son consentement, une note doit être ajoutée au dossier afin d'indiquer aux autres intervenants qu'il a été impossible d'examiner les antécédents médicaux du prisonnier.

Recommandations au sujet des formulaires de recommandation :

1. Les formulaires de recommandation qu'utilisent tous les employés et les formulaires d'accès sans recommandation dont se servent les détenus devraient être normalisés afin d'indiquer clairement l'ordre de priorité des cas recommandés.

2. Il faudrait établir un nouveau protocole ou un protocole modifié exigeant un délai d'exécution précis lorsqu'un établissement présente des recommandations au sujet d'une aide psychologique ou psychiatrique.

Recommandations au sujet du bien-fondé d'une approche multidisciplinaire mieux intégrée pour la prestation des soins en santé mentale :

1. Il est recommandé que des efforts soient déployés pour formuler et mettre en œuvre une approche multidisciplinaire mieux intégrée à l'égard des soins en santé mentale à l'établissement Stony Mountain en vue de faciliter les communications générales, le dialogue, l'échange de renseignements et l'établissement des priorités pour les soins en santé mentale prodigués à l'établissement.

   Il est également recommandé d'établir des normes uniformes afin que les professionnels de la santé aient des points de repère précis leur permettant de déterminer leur rôle et leurs responsabilités individuelles relativement à l'identification, au signalement, au diagnostic et, en bout de ligne, au traitement des problèmes de santé mentale dans l'établissement.

DOSSIER DU CAS N° 1228/98

Cause du décès : Blessures multiples attribuables à une chute

Nature du décès : Accidentelle

Circonstances : Alors qu'il participait à une séance de nage aérienne avec le propriétaire exploitant du Winnipeg Skydiving Centre à Gimli au Manitoba, le défunt, dont l'altimètre (dispositif de déclenchement automatique du parachute) avait été désactivé et qui n'avait pas d'autre équipement de sécurité adéquat, a mal évalué la distance du sol et a omis de déployer complètement son parachute à une altitude qui lui aurait permis d'atterrir en toute sécurité dans la zone de saut désignée. L'impact au sol a causé son décès le 23 mai 1998.

Recommandations judiciaires :

Il est recommandé que les règles actuelles régissant la sécurité des membres de l'Association canadienne du parachutisme sportif servent de point de départ pour l'établissement par le ministre des Transports d'une série de règles plus exhaustives – ces règles obligeant notamment tous les exploitants de centres de nage aérienne à s'assurer :

1. qu'une inspection pré-vol de l'équipement de tous les parachutistes soit effectuée avant l'embarquement;

2. que tous les parachutistes qui montent à bord de l'aéronef portent bien en vue au moins un altimètre fiable en état de fonctionnement qui indique précisément à quelle altitude ils se trouvent au-dessus du sol;

3. que, lors d'un vol relatif, chaque parachutiste porte un altimètre ventral fiable en état de fonctionnement que les autres participants peuvent facilement voir pendant la nage aérienne;

4. que tous les parachutistes portent un dispositif automatique de déclenchement en état de fonctionnement;

5. que tout parachutiste qui n'a pas fait de saut en parachute depuis 90 jours suive un cours d'appoint avant de sauter de nouveau;

6. que tous les vols relatifs soient chorégraphiés et que l'altitude à laquelle ils seront exécutés soit déterminée avant l'embarquement;

7. que le chuteur le plus expérimenté lors d'un vol soit désigné comme moniteur de saut et, qu'à ce titre, il soit responsable de la sécurité, de la supervision et du largage de tous les autres chuteurs;

8. que tous les rapports d'incidents soient transmis au ministre des Transports du Canada afin de lui permettre d'enquêter sur ces incidents.

Il est également recommandé que toutes les zones de saut soient désignées comme espace aérien contrôlé et que le ministre des Transports du Canada exige que tous les centres de nage aérienne soient accrédités conformément aux règles et règlements établis par le ministre.

De plus, il est recommandé qu'aucun aéronef ne puisse obtenir de certificat d'opérations aériennes pour le transport de parachutistes non accrédités.

DOSSIER DU CAS N° 2766/96

Cause du décès : Poly-intoxication

Nature du décès : Indéterminée

Circonstances : Cet homme de 27 ans a été découvert sans vie dans sa cellule le 14 décembre 1996, à l'établissement Stony Mountain. Il avait eu pendant très longtemps des problèmes de toxicomanie, mais selon les preuves recueillies lors de l'enquête, le détenu avait déclaré qu'il n'avait pris aucune drogue au cours des deux ou trois années précédant immédiatement son décès.

Recommandations judiciaires :

1. Qu'un visiteur se voit automatiquement refuser le jour même toute visite auprès d'un détenu lorsque le spectromètre à mobilité ionique (Ionscan) révèle la présence de drogues, peu importe l'évaluation du risque.

2. Que les agents correctionnels puissent, à leur gré, ne permettre que les visites du détenu en cabine lorsque le visiteur est de nouveau pris en défaut par le spectromètre et ce, jusqu'à ce que le visiteur ait passé trois spectrométries à mobilité ionique négatives.

3. Qu'après trois spectrométries négatives de suite, on puisse accorder au visiteur fautif un droit de visite supervisée si le personnel de correction juge que cela ne porte pas atteinte à la sécurité et que la visite supervisée est compatible avec l'évaluation des risques que comporte la situation.

4. Que le visiteur qui échoue le test du spectromètre à mobilité ionique ait droit à des visites-contacts avec un détenu seulement après que les visites en cabine ont eu lieu et que le visiteur a passé trois spectrométries à mobilité ionique négatives.

5. Que rien dans ce qui précède n'empêche les agents correctionnels de refuser ou de restreindre les visites pour quelque motif que ce soit si, à leur avis, cela compromet la sécurité de l'établissement, de la population carcérale ou du personnel, ou si une évaluation des risques révèle un problème potentiel.

6. Que même si le visiteur réussit le test de la spectrométrie, aucune visite-contact ne soit autorisée si la moindre trace de drogue est détectée.

7. Que l'établissement surveille de près les personnes ou groupes de personnes qui visitent plus d'un détenu et qu'elle consigne par écrit ces visites afin d'en faire le suivi et d'assurer que cela ne constitue pas une menace pour la sécurité.

8. Que davantage de membres du personnel soient formés en vue de l'utilisation du spectromètre à mobilité ionique (Ionscan). Cela garantirait la disponibilité de personnel hautement qualifié pour manœuvrer l'appareil.

9. Que l'éclairage dans les rangées soit amélioré afin que les membres du personnel puissent surveiller adéquatement les détenus.

10. Que la pratique voulant que les détenus puissent tendre des couvertures pour donner un caractère intime à leurs rencontres soit abolie. Ces couvertures devraient plutôt être remplacées par des rideaux qui créent cette intimité mais qui permettent également une certaine surveillance par des ouvertures visibles.

11. Que des rondes dans les rangées soit effectuées régulièrement afin de favoriser une interaction entre le personnel et les détenus. Les membres du personnel pourraient ainsi être davantage conscients des problèmes des détenus et des situations où il peut exister un problème de drogues.

12. Qu'on élabore un programme afin que des fouilles soient régulièrement effectuées dans l'établissement.

13. Qu'après le décès d'un détenu dans une rangée, les cellules se trouvant dans cette rangée fasse l'objet d'une fouille, qu'il y ait ou non des indications d'activités illégales de la part des détenus dans cette rangée.

14. Qu'on fasse une utilisation accrue de caméras de télévision en circuit fermé. Cela permettrait de mieux surveiller les détenus et d'augmenter ainsi la sécurité des détenus et du personnel.

15. Que l'établissement effectue au moins deux dénombrements en groupe au cours d'une période de 24 heures, de préférence vers 11 h et vers 16 h.

16. Que le personnel de l'établissement effectue les dénombrements en suivant des directives claires.

17. Que pendant la journée, le personnel de correction soit tenu de consigner toute activité dans la rangée pouvant indiquer un problème ou un problème potentiel avec un détenu, notamment l'indication qu'un détenu n'a pas bougé ou n'a pas eu de contact avec d'autres détenus ou des membres du personnel depuis plus de deux heures. Cette procédure devrait s'appliquer entre 8 h et l'heure du confinement aux cellules, la nuit. Elle ne s'applique pas aux activités de surveillance pendant la nuit.

18. Que pendant la journée, entre 8 h et l'heure du confinement aux cellules, les détenus ne puissent pas dormir plus de deux heures à la fois sans que le personnel de correction s'assure qu'ils vont bien.

19. Que les surveillants correctionnels et les administrateurs de l'établissement Stony Mountain s'assurent d'informer tous les membres du personnel par voie écrite ou électronique ou verbalement des règles et règlements et des changements qui y sont apportés. Les membres du personnel devraient revoir régulièrement ces règles et règlements afin de bien les connaître.

20. Que les services correctionnels du Canada veillent à ce que leur personnel suive sur place des séances de formation et de perfectionnement appropriées leur expliquant comment remplir leurs fonctions et qu'ils permettent le remplacement du personnel dans des conditions de travail très stressantes.

DOSSIER DU CAS N° 1350/97

Cause du décès : Plaie perforante à l'abdomen

Nature du décès : Accidentelle

Circonstances : Cet employé de 26 ans au service d'une entreprise de recyclage du métal manœuvrait une pince crocodile hydraulique afin d'enlever les bouts d'aluminium de ce qu'il croyait être des munitions inertes. Son supérieur lui avait fourni des instructions sur la manière de démonter des obus et il en était à sa troisième journée à effectuer cette tâche. Il portait du matériel de protection dont des chaussures à embout d'acier, des lunettes de sécurité et des gants. Le 30 mai 1997, un collègue de travail fut témoin d'une forte explosion et il découvrit ensuite l'employé blessé étendu sur le dos à l'extérieur du hangar où il travaillait. On le transporta d'urgence au Health Sciences Centre où il décéda peu de temps après son arrivée.

Recommandations judiciaires :

1. Que les Forces canadiennes et l'armée allemande revoient leurs dossiers afin d'établir précisément les noms et les lieux d'affaires de tous les soumissionnaires retenus depuis 1997 pour le recyclage des surplus de munitions et des résidus des champs de tir provenant de Camp Shilo, et qu'ils informent ces particuliers ou ces sociétés des dangers inhérents au recyclage de ces matières. L'avis devrait comprendre une description physique ainsi que des photographies des munitions en question.

2. Que les Forces canadiennes informent ces clients qu'elles sont disposées, sur demande, à se rendre aux installations des clients, à examiner les munitions suspectes et à procéder à l'enlèvement et à l'élimination sécuritaires de toute munition et de tout matériel jugés potentiellement dangereux.

3. Que les Forces canadiennes envisagent de diffuser à grande échelle dans les journaux des régions urbaines et rurales des annonces avisant la population de la présence possible de munitions dans la collectivité. Ces annonces devraient fournir une description détaillée et comprendre des photographies de ces munitions.

4. Compte tenu du fait que le Centre d'entraînement de l'armée allemande à Camp Shilo fermera ses portes en mars 2001, il est recommandé que les membres du personnel du Centre examinent leurs dossiers aux fins décrites précédemment et qu'ils transmettent par écrit tout renseignement pertinent au Commandant de la Base des Forces canadiennes de Shilo avant leur départ.

5. L'examen des divers rebuts de munitions saisis dans la cour de l'entreprise après l'explosion ayant causé le décès de l'employé a confirmé que certains de ces rebuts étaient dangereux et qu'ils pouvaient blesser et même tuer toute personne les manipulant. Il est donc recommandé que les Forces canadiennes et allemandes joignent au document d'information envoyé aux soumissionnaires retenus une description de ces articles dangereux et une mise en garde au sujet des blessures qu'ils peuvent causer.

6. Que les Forces armées constituent un dossier écrit complet, accompagné si possible d'archives optiques, de toutes les munitions et de tous les composants explosifs de munitions, utilisés d'une manière ou d'une autre aux champs de tir de Camp Shilo. Compte tenu du fait que le Centre d'entraînement de l'armée allemande à Camp Shilo fermera prochainement ses portes, il est recommandé que les Forces allemandes communiquent avec les Forces canadiennes avant leur départ et qu'elles leur fournissent tous les renseignements pertinents et toutes les données techniques qui pourraient servir à la constitution du dossier écrit et des archives optiques mentionnés précédemment.

7. Qu'avant tout nettoyage futur des champs de tir à Camp Shilo, les Forces canadiennes organisent pour l'ensemble du personnel un briefing détaillé sur l'existence possible

d'obus HEAT de 105mm dans les champs de tir. Tous les membres du personnel doivent être en mesure de les identifier en les voyant et savoir que ce genre d'obus détérioré peut ressembler à un obus d'exercice de 105mm.

8. Les preuves ont démontré que pratiquement tous les rebuts des champs de tir quittant la base des Forces canadiennes de Shilo étaient certifiés comme étant exempts de matières explosives. Toutefois, les acheteurs éventuels de ces rebuts devaient préalablement remplir une offre d'achat renfermant un avis à l'effet que le matériel indiqué pouvait renfermer des éléments de nature explosive ou inflammable. Il est clair que cette contradiction n'aurait jamais dû exister et que la hiérarchie des Forces canadiennes, ainsi que le personnel compétent du Centre de disposition des biens de la Couronne, doivent s'assurer de l'éliminer.

9. Si les Forces canadiennes invitaient les forces armées de certains autres pays à se rendre à la base de Shilo pour s'entraîner sur ses champs de tir, une révision du processus d'attribution des permis de possession et d'utilisation des armes et des munitions aux membres de ces forces armées invitées s'imposerait. Il faudrait que les forces armées en visite fournissent préalablement aux Forces canadiennes la liste complète des armes utilisées et des munitions pouvant être tirées avec ces armes. Si les munitions utilisées possèdent des composantes qui sont propres aux forces armées en visite, des précisions sur ces composantes et des diagrammes devront être fournis aux Forces canadiennes dans un format facilement compréhensible.

10. En plus de la révision du processus d'attribution des permis, il serait essentiel de préparer et de tenir à jour un ordre technique officiel portant sur tous les types de munitions trouvés dans les champs de tir au cours des séances de nettoyage. Cet ordre technique devrait comprendre des diagrammes et des photographies des munitions et, lorsque cela est possible, des composantes de ces munitions. L'ordre technique devrait comprendre une mise en garde indiquant que le codage couleur pourrait se détériorer avec les années et même disparaître en raison des effets du sol et des conditions climatiques dans les champs de tir. Cela pourrait compliquer l'identification des munitions.

11. Les forces armées en visite à la base des Forçes canadiennes de Shilo devraient appliquer leurs propres procédures de nettoyage et de tri des champs de tir conformément aux normes établies par les Forces canadiennes. Il serait opportun de suggérer que les Forces canadiennes exercent une certaine supervision afin d'assurer le respect des normes canadiennes. La hiérarchie des Forces canadiennes devra déterminer si cela sert ou non les intérêts supérieurs du personnel des Forces armées et du public en général que le nettoyage des champs de tir soit effectué uniquement par le personnel des Forces canadiennes.

12. Compte tenu des résultats de l'enquête, il vaudrait mieux mettre fin au processus de tri actuel de niveau III et placer tous les rebuts des champs de tir dans un four à haute intensité capable de supporter de fortes explosions afin de transformer ces rebuts en une forme de « laitier » qui serait sans danger mais qui n'aurait que peu ou pas du

tout de valeur sur le plan commercial. Il se pourrait que les Forces canadiennes puissent faire appel à certaines techniques pour produire des rebuts non dangereux vendus comme surplus sous une forme qui permette de maintenir leur valeur commerciale. Si cela pouvait être fait sans compromettre la sécurité du personnel militaire et du public, cette solution serait avantageuse étant donné qu'une partie des profits provenant de la vente des surplus pourrait couvrir les coûts de recherche et de développement technologique. Le critère primordial demeure cependant la sécurité.

13. Les processus de tri des niveaux I et II doivent être réévalués périodiquement, et s'il est possible d'utiliser la technologie pour améliorer ces processus, il faudrait en faire une priorité. Si le processus de tri de niveau III est maintenu, il faudra qu'une seule personne soit responsable de placer les rebuts dans un contenant à triple paroi (Tri-Wall) et d'apposer ensuite une certification à l'effet que les rebuts sont exempts de toute matière explosive.

DOSSIER DU CAS N° 2339/00

Cause du décès : Alcoolisme aigu

Nature du décès : Accidentel

Circonstances : Ce jeune homme de 25 ans avait été placé dans une cellule de la GRC en vertu de la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété*. Il avait été amené dans la cellule vers 21 h le 5 octobre 2001 et avait ensuite été découvert sans vie au cours d'une tournée vers 4 h 40 le 6 octobre 2001.

Recommandations judiciaires :

1. Toutes les personnes arrêtées en vertu de la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété* (et plus particulièrement celles qui sont en état d'ébriété avancé) devraient être hébergées dans un établissement autre que les cellules de la GRC, offrant des services de surveillance appropriés, y compris des soins médicaux et des traitements relatifs à l'abus d'alcool.

2. Toute personne inconsciente ou semi-consciente devrait subir une évaluation médicale ou recevoir des soins. Il serait important de clarifier la définition de semi-conscience et cette définition devrait inclure les personnes qui sont incapables de communiquer de quelque manière que ce soit, de suivre des directives simples ou de se déplacer par eux-mêmes sur une courte distance.

3. Jusqu'à la création d'un établissement provincial pouvant accueillir les personnes détenues en vertu de la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété*, les personnes en état d'ébriété avancé devraient être hébergées au Centre correctionnel The Pas.

4. Tous les policiers et gardiens de la GRC devraient suivre une formation officielle sur le traitement des personnes en état d'ébriété avancé.

DOSSIER DU CAS N° 0864/99

Cause du décès : Hémorragie intracérébrale

Nature du décès : Indéterminée

Circonstances : Cet homme a, semble-t-il, commencé à consommer de la bière en après-midi le 9 avril 1999. Il a ensuite été impliqué dans une altercation physique avec une autre personne au cours de la soirée. Il a alors été transporté dans une résidence vide à Sandy Bay. Le lendemain, le propriétaire de cette résidence communiquait avec la GRC d'Amaranth pour demander qu'on sorte l'homme de sa demeure. La GRC a alors placé l'homme dans une cellule en vertu de la *Loi sur la détention des personnes en état d'ébriété*, où il est resté de 11 h 15 le 10 avril jusqu'à 8 h 30 le 11 avril alors qu'on l'a retrouvé inconscient. Il a été transporté par ambulance à l'hôpital de Portage La Prairie pour ensuite être transféré au Centre des sciences de la santé à Winnipeg pour y subir un tomodensitogramme et une évaluation neurologique. On a alors diagnostiqué un grave traumatisme intracrânien jugé inopérable et l'homme est décédé à 16 h 04 le 11 avril 1999.

Recommandations judiciaires :

1. Tous les détachements régionaux devraient avoir une politique semblable au sujet du traitement des prisonniers qui ne semblent pas être totalement conscients.

2. A) La politique des détachements devrait s'aligner sur celle des services divisionnaires qui préconise que les personnes non totalement conscientes soient examinées par un médecin reconnu. Cette politique stipule que les personnes doivent être examinées par un médecin reconnu afin de déterminer si elles sont suffisamment bien pour être incarcérées.

   La politique actuelle du détachement d'Amaranth indique que les personnes malades ou blessées, ou celles que l'on soupçonne d'overdose ou d'intoxication alcoolique devraient être examinées par un médecin avant leur incarcération. Dans le but d'éviter toute confusion, cette politique devrait être modifiée en vue d'inclure, comme la politique des services divisionnaires, les personnes qui ne sont pas totalement conscientes.

   B) La politique du détachement d'Amaranth relative aux fonctions des gardiens et des surveillantes stipule que les gardiens qui terminent leur quart de travail doivent

revoir les dossiers des prisonniers avec les gardiens qui débutent leur quart et leur fournir tous les renseignements pertinents.

Cette politique devrait être plus explicite et examiner notamment depuis combien de temps un prisonnier est incarcéré et s'il a bougé depuis son incarcération. Les gardiens entrants et sortants doivent vérifier ensemble l'état physique de chaque détenu. Le gardien entrant doit noter dans son journal depuis combien de temps le prisonnier est incarcéré et les mouvements qui ont été constatés depuis son entrée. Le gardien sortant doit contresigner ces renseignements.

C) La politique d'Amaranth relative à la surveillance des prisonniers devrait être légèrement modifiée.

Cette politique du détachement d'Amaranth fait la distinction entre trois types ou groupes de prisonniers. Le premier groupe peut être décrit, à défaut d'une meilleure expression, comme celui des « prisonniers ordinaires », c'est-à-dire les prisonniers qui ne présentent pas de problèmes particuliers. Le deuxième groupe est celui des prisonniers suicidaires, malades, blessés ou souffrant d'intoxication alcoolique. Le troisième et dernier groupe se compose des prisonniers qui ont abusé des drogues ou de l'alcool. Les exigences quant à la surveillance de ces groupe de prisonniers diffèrent. La politique du détachement devrait être modifiée pour indiquer clairement que le personnel pénitentiaire devrait vérifier l'état d'un détenu drogué ou en état d'ébriété plus souvent qu'à l'intervalle habituel de quinze minutes. La politique devrait plutôt stipuler, comme la politique qu'appliquait auparavant le détachement, que ces détenus devrait faire l'objet d'une attention particulière ou d'une surveillance fréquente.
De plus, la politique actuelle stipule qu'il faut réveiller un détenu uniquement s'il n'était pas éveillé au cours des quatre heures précédentes. Le libellé devrait être modifié pour se lire comme suit : « … n'a pas été totalement conscient au cours des quatre heures précédentes ». En d'autres termes, tout prisonnier devrait être réveillé si aucun événement concret (comme se lever, utiliser les toilettes) n'indique qu'il a été totalement conscient pendant un certain temps au cours des quatre heures précédentes.

3. Il n'est pas nécessaire que l'examen des détenus qui ne sont pas totalement conscients soit effectué par un médecin, mais une solution acceptable devrait être envisagée comme le recours à du personnel infirmier autorisé.

4. Une modification devrait être apportée à la politique du détachement afin de coordonner le rôle des gardiens et surveillantes de prison, la surveillance des prisonniers et le rôle de l'officier supérieur. Cela assurerait que des membres expérimentés du personnel examinent les circonstances entourant la détention d'un prisonnier.

Il devrait être stipulé dans la politique applicable à tous les détachements et services divisionnaires que l'officier supérieur en poste doit, lorsque le gardien commence son

quart de travail, faire le tour des prisonniers détenus dans l'établissement. Pour tout prisonnier qui n'est pas un prisonnier ordinaire (ne présentant pas de problèmes particuliers), l'officier supérieur devrait vérifier l'état physique du prisonnier et tenter de réveiller le prisonnier lorsque celui-ci ne semble pas totalement conscient. L'officier doit ensuite consigner par écrit le contrôle, ou la tentative de réveil, ainsi que les directives communiquées au gardien. L'officier doit également indiquer depuis combien d'heures la personne est détenue et inscrire un commentaire général au sujet de l'activité physique du détenu pendant sa période de détention. L'officier supérieur peut également procéder à une vérification de l'état physique des prisonniers ordinaires et inscrire dans le journal pertinent ses commentaires au sujet de la période de détention, les directives données aux gardiens et l'état physique des prisonniers pendant leur détention.

CAS RAPPORTÉS DE DÉCÈS D'ENFANTS PRIS EN CHARGE*

Année	Sexe masculin	Sexe féminin	Total
1992	16	10	26
1993	18	12	30
1994**	36	32	68
1995**	27	21	48
1996	33	19	52
1997	30	31	61
1998	30	25	55
1999	42	27	69
2000	29	30	59
2001	37	19	56
Total	**298**	**226**	**524**

* Un « enfant pris en charge » est défini au paragraphe 10(1) (a) et (b) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*. Ces cas ne réfèrent **PAS** uniquement aux enfants placés en famille d'accueil ou en foyers alternatifs.

** Les cas de mortinatalité étaient rapportés en 1994 et 1995. Depuis le mois de mai 1995, à la suite d'une décision de la Cour provinciale du Manitoba, les cas de mortinatalité ne font plus l'objet d'enquêtes.

Résumé des recommandations du médecin légiste en chef au ministre des Services à la famille pour 2001

Le paragraphe 10(1) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales* énonce :

> S'il reçoit un rapport d'enquête à l'égard d'un enfant décédé et si, au moment du décès ou dans les deux ans qui ont précédé le décès,
>
> (a) l'enfant avait été confié à un organisme au sens de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille* ou
>
> (b) si un des parents, un tuteur ou un frère ou une sœur de l'enfant recevait les services prévus par la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*,
>
> le médecin légiste en chef est tenu, afin d'évaluer la qualité ou le niveau des soins ou des services fournis, d'examiner les dossiers de l'organisme concernant l'enfant ou le parent, le tuteur, le frère ou la sœur ainsi que les mesures prises par l'organisme à leur égard.

Dans le cadre de cet examen, le médecin légiste en chef a l'autorité d'examiner les dossiers d'un organisme et de faire une copie confidentielle de tout document jugé

nécessaire, d'enquêter par entrevue auprès du personnel de l'organisme, et d'exercer, aux fins d'analyse, tous les pouvoirs d'enquête prévus aux paragraphes 7(5) et 9(7) de la *Loi sur les enquêtes médico-légales*.

Conformément au paragraphe 10(5), le médecin légiste en chef peut inclure dans son rapport annuel un résumé des recommandations contenues dans les rapports faits en vertu du paragraphe 10(3) au cours de l'année précédente. Ce résumé est fourni sans que soient divulgués des noms de personnes ou d'organismes, ou des renseignements qui pourraient permettre de connaître l'identité d'un enfant, ou des parents ou du tuteur de l'enfant.

Outre les 79 rapports (concernant 84 enfants) dans lesquels le médecin légiste en chef formule des recommandations au sujet des services offerts, les services fournis à 19 autres enfants ont fait l'objet d'un examen en 2001 (et ont fait l'objet de 19 rapports). Pour ces 19 cas, le médecin légiste en chef n'a fait aucune recommandation en ce qui concerne les services fournis par les organismes en cause.

Les recommandations suivantes ont été regroupées par catégories.

	Nbre	Total
Bureau du médecin légiste en chef		
(Ces recommandations ont trait aux services fournis au Bureau du médecin légiste en chef.)		
Que le Bureau du médecin légiste en chef obtienne les renseignements qu'il demande.	2	
Que le Bureau du médecin légiste en chef dispose d'un numéro en service 24 heures sur 24 pour la déclaration des morts d'enfants.	1	
		3
Gestion des dossiers des organismes		
(Ces recommandations ont trait aux services en général fournis par les organismes.)		
Que les services d'accueil et les services à la famille soient orientés vers l'intervention précoce et la prévention des mauvais traitements à l'égard des enfants et des problèmes des familles dysfonctionnelles.	4	
Que les évaluations des risques et des familles soient terminées avant la fermeture des dossiers.	3	
Que les normes du programme provincial des Services à l'enfant et à la famille concernant les comptes rendus dans les dossiers, la planification des dossiers et la gestion des dossiers soient respectées, y compris relativement à la mise à jour des renseignements versés aux dossiers et à la consignation des renseignements sur les procédures judiciaires. Cette catégorie englobe également les recommandations visant à améliorer le stockage et la maintenance des dossiers pour les protéger contre les incendies et les catastrophes naturelles.	56	
Que les consultations auprès des collègues et des supérieurs soient consignées dans les dossiers et que les suivis demandés soient effectués.	2	
Que les organismes mettent sur pied et offrent des services proactifs, dont des mesures pour évaluer les résultats des plans de gestion de cas.	5	

	Nbre	Total
Que les organismes passent en revue le mandat des Services à l'enfant et à la famille concernant le bon usage des ententes de placement volontaire lorsque des services sont offerts conformément à l'article 17 de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.	5	
Que les dossiers concernant la protection des enfants ne soient pas fermés tant que la sécurité des enfants n'est pas assurée.	3	
Que les organismes aident les familles à obtenir les traitements et les thérapies recommandés.	1	
Que les organismes respectent les normes du programme concernant la prestation et la consignation des services familiaux volontaires.	4	
Que les familles qui quittent temporairement les régions éloignées ou rurales où elles vivent fassent l'objet d'un suivi pendant leur séjour dans des régions urbaines.	1	
Que des résumés soient périodiquement versés aux dossiers afin que les renseignements importants soient facilement accessibles.	1	
Que les recommandations formulées lors des évaluations psychiatriques ou psychologiques demandées par l'organisme soient suivies.	1	
Que le personnel des organismes soit au courant des dispositions sur la confidentialité contenues dans la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.	1	
Que les organismes utilisent une approche familiale dans la prestation des services.	1	
		89
Personnel des organismes		
Que le personnel des organismes reçoive une formation lui permettant de fournir des services répondant aux normes du programme.	1	
Que les travailleurs sociaux des organismes reçoivent une formation théorique et pratique en analyse des risques dans les cas de protection des enfants.	5	
Que les travailleurs en service social individualisé reçoivent une formation théorique et pratique sur les interventions dans les cas de violence familiale et sur les incidences de la violence sur les enfants.	3	
Que les organismes tiennent régulièrement des ateliers sur les derniers traitements pour les toxicomanes, y compris sur les interventions auprès des enfants.	3	
Qu'un schéma de formation soit élaboré d'après les circonstances d'un cas particulier.	1	
Que le personnel reçoive une formation sur les services à offrir aux femmes enceintes et aux mères adolescentes.	1	
		14
Mesures prises par les organismes dans les cas de mauvais traitements et de négligence		
(Ces recommandations font référence tant à des cas particuliers qu'aux méthodes des organismes en général.)		
Qu'une enquête sur les mauvais traitements soit effectuée dans des cas particuliers.	1	
	Nbre	**Total**

Que les résultats des enquêtes sur les mauvais traitements soient présentés au comité chargé des cas de mauvais traitements de l'organisme.	1
Que toutes les parties visées par l'enquête soient interrogées, y compris les auteurs présumés des mauvais traitements.	2
Que les organismes informent au besoin le parent qui n'a pas la garde de l'enfant de leurs inquiétudes.	1
Que les organismes fondent leurs plans d'intervention sur une analyse détaillée des renseignements disponibles.	2
Que les organismes revoient les protocoles et les procédures d'évaluation des risques et utilisent un instrument validé pour évaluer les risques.	2
Que les organismes évaluent la sécurité d'un enfant qui démontre des signes de peur ou de détresse pendant une entrevue.	1
Que, dans les enquêtes sur les cas de mauvais traitements impliquant des parents de famille d'accueil relevant d'un organisme ou des employés d'un organisme, un autre organisme fasse enquête sur les allégations.	1
Que les organismes fassent enquête dans les cas d'adolescents qui « sortent » avec des adultes beaucoup plus âgés.	1
Que les organismes respectent les normes du programme dans leurs enquêtes et dans leurs interventions et qu'ils adoptent les bonnes pratiques du service social.	8
Que les organismes prennent des mesures appropriées à l'égard des hommes qui ont des antécédents d'activité sexuelle avec des enfants.	2
Que les organismes informent les enfants des exigences de communication obligatoire précisées dans le paragraphe 18.4(2.1) de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.	1
Que les organismes prennent des mesures en vue du placement permanent des enfants dont les familles sont incapables d'assurer leur protection ou de répondre à leurs besoins.	1
Que les organismes donnent suite rapidement aux cas signalés de mauvais traitements et de négligence à l'égard des enfants.	5
Que les organismes procèdent à une enquête sur les cas de mauvais traitements, sur la recommandation des Services à l'enfant et à la famille.	1
Que les organismes interviennent rapidement et fournissent les services appropriés dans les cas de violence familiale rapportés.	2
	32

Mesures prises par les organismes dans des cas particuliers

(Ces recommandations ont trait aux mesures que prennent les organismes à l'égard de certains familles ou de certains enfants.)

Que les organismes procèdent à une évaluation détaillée de la situation familiale, conformément à l'article 17 de la *Loi sur les services à l'enfant et à la famille*.	17
Que le fonctionnement de la famille soit évalué à la naissance d'un autre enfant.	1
Que les organismes surveillent les soins donnés par les personnes choisies par les familles pour s'occuper des enfants.	1

	Nbre	Total
Que les organismes adressent les enfants qui abusent de l'alcool ou d'autres substances afin qu'ils puissent être évalués et recevoir des traitements.	4	
Que les organismes donnent de la formation ou de l'information sur la planification des naissances.	2	
Que les organismes mettent à jour les données sur les familles dans le système d'information des Services à l'enfant et à la famille.	2	
Que les organismes aident les familles à obtenir un logement.	1	
Que les organismes envisagent le placement permanent des enfants en question.	1	
Que les organismes discutent avec les parents de leurs inquiétudes concernant la sécurité des activités des enfants.	1	
Que les organismes envisagent de tenir les visites familiales dans des logements plutôt qu'à l'hôtel.	1	
Que les organismes délimitent clairement les responsabilités du personnel de la « ville » et du personnel de la « communauté » dans la gestion des dossiers.	1	
Que les organismes ouvrent un dossier sur la protection de l'enfant et procèdent à une évaluation de la famille.	2	
Que les organismes incluent les pères dans leurs plans d'intervention et précisent les changements qu'ils attendent d'eux.	1	
Que les organismes envisagent l'enregistrement de l'individu dans le registre concernant les mauvais traitements	3	
Que les organismes interviennent pour protéger les enfants contre un risque connu dans la collectivité.	1	
Que les organismes demandent une évaluation indépendante de la relation parent-enfant.	1	
Que les organismes demandent une évaluation du risque criminel que présentent les parents.	1	
Que les organismes réexaminent et reconsidèrent les conclusions des enquêtes d'abus.	1	
Que les organismes recourent aux établissements médicaux reconnus pour les examens d'enfants victimes de mauvais traitements.	1	
Que les travailleurs et les superviseurs des organismes aient accès à un rapport particulier du bureau du médecin légiste en chef.	2	
Que les organismes s'assurent qu'il y ait une communication entre les intervenants qui travaillent au même dossier.	1	
Qu'en cas de réouverture d'un dossier, une évaluation complète soit effectuée.	1	
Que les organismes fournissent un soutien au conjoint et aux enfants des personnes décédées.	2	
Que les organismes prennent des mesures pour protéger les enfants lorsque les parents ne se conforment pas aux conditions qu'ils ont imposées.	1	
Que les organismes aient des contacts avec les familles récidivistes, une fois le dossier fermé.	1	
Que les organismes déterminent les circonstances dans lesquelles deux dossiers distincts de protection ont été ouverts à l'égard d'une même famille.	1	

	Nbre	Total
Que les organismes discutent avec certaines des personnes qui désirent devenir des foyers d'accueil des renseignements contenus dans la demande qu'elles présentent à cet effet.	1	
Que les organismes prennent les mesures appropriées à l'égard des actes criminels d'enfants de moins de douze ans qui leur sont rapportés.	1	
Que les organismes fournissent du counselling aux enfants qui sont témoins d'une tentative de suicide d'un de leurs parents.	1	
Que les organismes soient informés des éléments culturels dont ils doivent tenir compte dans les décisions qu'ils prennent relativement aux enfants malades.	1	
Qu'on demande la participation du procureur chargé des enfants.	3	
Que les organismes demandent une évaluation du risque d'automutilation chez les enfants concernés.	1	
		60

Enfants pris en charge

(Ces recommandations sont propres aux services fournis par les organismes aux enfants en famille d'accueil.)

Que les dossiers des services et les plans d'intervention respectent les normes du programme provincial.	6	
Que les raisons des appréhensions des enfants et des plans d'intervention soient communiquées aux parents.	2	
Que les enfants quittent les foyers d'accueil seulement lorsque les problèmes relatifs à la protection des enfant ont été réglés et que leurs gardiens ont été évalués.	10	
Qu'une évaluation indépendante de la famille soit effectuée avant que les enfants quittent les foyers d'accueil.	1	
Que les organismes maintiennent un dossier correspondant sur la famille pendant que les enfants sont pris en charge.	1	
Que les organismes ne soient plus tenus d'exercer une surveillance des enfants dans les hôpitaux de soins de longue durée ou les établissements lorsque le bien-être des enfants n'est pas menacé.	1	
Que les résultats des enquêtes sur les cas de mauvais traitements dans les familles d'accueil soient consignés dans le système d'information des Services à l'enfant et à la famille.	2	
Que les organismes fassent enquête rapidement dans les cas de mauvais traitements ou de négligence à l'égard des enfants rapportés chez les familles d'accueil.	1	
Que les parents substituts reçoivent suffisamment de renseignements sur les enfants qui leur sont confiés.	1	
Que les organismes fournissent rapidement des traitements aux enfants qui ont des comportements déviants.	1	
Que les organismes évaluent la capacité des collectivités à offrir un soutien et des services aux enfants qui cessent d'être pris en charge.	1	
Que les décisions de cesser la prise des médicaments prescrits soient prises en consultation avec le médecin ayant prescrit les médicaments.	2	

	Nbre	Total
Que les soins médicaux fournis aux enfants et les dossiers qui s'y rapportent soient conformes aux normes du programme.	2	
Que la surveillance des enfants en famille d'accueil soit effectuée selon les normes du programme.	1	
Que les organismes tiennent compte des inquiétudes des fournisseurs de services au sujet des enfants et veillent à partager l'information sur les enfants.	2	
Que les organismes suivent les recommandations médicales formulées à l'égard des enfants pris en charge.	1	
Que les organismes évaluent les tuteurs légaux des enfants sous l'aspect de la violence familiale.	1	
		36
Modification législative		
Que la province du Manitoba s'assure que l'on procède à une vérification des dossiers criminels, du registre concernant les mauvais traitements et des mesures antérieures d'aide à l'enfance dans tous les cas d'adoptions, y compris par les beaux-parents.	1	
		1
Politique des organismes		
(Ces recommandations s'adressent à certains organismes en particulier.)		
Que les organismes revoient leur politique sur la fermeture des dossiers pour éviter la fermeture hâtive du dossier des familles ayant des problèmes chroniques en matière de bien-être des enfants.	1	
Que les organismes s'assurent que leurs bureaux auxiliaires suivent le protocole ou les procédures qu'ils ont établis concernant la disparition des enfants dont ils ont la charge.	1	
Que les organismes élaborent et appliquent des politiques sur les conflits d'intérêts à l'intention de leurs employés.	1	
Que les évaluateurs des demandes présentées par les personnes qui désirent devenir des foyers d'accueil lisent tous les dossiers sur ces personnes (lorsque de tels dossiers existent) et tiennent compte des préoccupations antérieures relatives à la protection des enfants pour déterminer l'efficacité des interventions antérieures.	1	
Que les organismes s'assurent qu'il y ait en permanence un travailleur affecté à une collectivité en particulier.	1	
Que les organismes recourent seulement aux foyers d'accueil accrédités qui ont été évaluées et qui répondent aux normes provinciales.	1	
Que les organismes s'assurent que les parents substituts reçoivent une formation adéquate avant d'accueillir des enfants.	1	
		7

Services de soutien provinciaux aux organismes
(Ces recommandations suggèrent que des modifications soient apportées aux politiques provinciales.)

	Nbre	Total
Qu'un comité multidisciplinaire soit mandaté pour revoir les décisions prises par les organismes lors de la fermeture des dossiers des familles à risques qui ne se conforment pas aux exigences des organismes.	1	
Que l'on institue une catégorie « dossiers inactifs » pour les dossiers exigeant une surveillance et un contact minimaux.	2	
Que les normes du programme concernant les notifications de paternité et les services offerts aux nouveaux pères soient revues.	1	
Que les individus passibles d'accusations au criminel soient adressés immédiatement à la police.	1	
Que des services de soutien soient offerts aux parents mineurs qui perdent un enfant.	1	
Que l'on procède à une révision à la grandeur de la province des politiques touchant la participation des pères dans les familles qui reçoivent des services.	1	
Qu'une catégorie de dossiers soit créée pour les dossiers fermés pour des raisons de non-conformité.	1	
Que les organismes disposent de fonds pour le transport des enfants dans des situations urgentes mais où les enfants sont pas en danger de mort, lorsque les familles n'ont pas les ressources financières nécessaires.	1	
Que la province élabore des programmes de formation sur le harcèlement sexuel des jeunes, comprenant des enquêtes et des interventions.	1	
Que les formulaires de résiliation des ententes de placement volontaire soient modifiés afin d'y inclure la raison de la résiliation et la position de l'organisme à ce sujet.	1	
Que la province revoie et améliore les services offerts aux enfants qui témoignent dans les régions rurales et du Nord.	1	
Que la province considère les incidences pour les organismes des régions rurales et éloignées des demandes de services en santé mentale qui leur sont adressées.	1	
		13

Mesures provinciales recommandées à l'égard des organismes
(Ces recommandations portent sur des mesures provinciales concernant certains organismes en particulier.)

Que la province prenne des mesures à la suite de renseignements sur un foyer d'accueil en particulier.	1	
Que la province revoie le partage de l'information entre les organismes.	2	
Que la province détermine de façon proactive les problèmes dans la prestation des services offerts par les organismes.	1	
Que la province examine avec un organisme l'utilisation d'alertes à la grandeur du Canada.	1	
Que la province examine l'évaluation faite par un organisme des incidences de la violence familiale sur les enfants et les services offerts.	1	

	Nbre	Total
Que la province examine la situation actuelle d'une famille concernant les services offerts par un organisme.	1	
Que la province s'assure que des considérations partisanes n'empêchent pas un organisme d'offrir des services aux enfants.	2	
Que la province s'assure que le travail social individualisé d'un organisme protège les enfants et soutient les familles.	1	
Que la province s'assure que les organismes supervisent le travail social individualisé et examinent régulièrement les services offerts.	1	
Que la province s'assure de l'efficacité et de l'efficience du processus d'accueil dans le bureau auxiliaire d'un organisme.	1	
Que la province s'assure que les foyers d'accueil d'un organisme soient conformes aux normes provinciales minimales.	1	
Que la province examine les mesures prises par un organisme à l'égard d'une famille ainsi que son évaluation des risques compte tenu des inquiétudes et problèmes particuliers.	1	
Que la province examine les mesures prises par un organisme concernant le retrait des enfants et la fin de leur prise en charge avant toute modification consignée.	1	
Que la province examine l'utilisation des fonds alloués pour un projet visant un enfant en particulier.	1	
Que la province examine le recours d'un organisme au système d'éducation pour offrir des traitements à un enfant.	1	
Que la province se penche sur le recours d'un organisme à un foyer d'accueil lorsque le nom de l'un des parents est inscrit dans le registre concernant les mauvais traitements.	1	
Que la province détermine quels services ont été offerts à une famille et pourquoi il n'existe pas de dossier au sujet de ces services.	1	
Que la province s'assure que les organismes obtiennent des renseignements types des jeunes sans famille et tiennent compte de leur état d'esprit, de leurs ressources personnelles et du risque d'automutilation dans leur décision d'offrir des services.	1	
		20

Adolescentes enceintes et parents mineurs

(Ces recommandations ont trait aux services offerts aux mineurs qui sont parents.)

Que les organismes procèdent à une évaluation des compétences parentales, conformément aux normes du programme.	1	
Que les organismes s'assurent que les parents reçoivent de l'information sur la planification des naissances.	3	
Que les organismes offrent les services prévus dans la loi et dans les normes du programme.	1	
Que les organismes regroupent les dossiers des services offerts aux futurs parents avec les dossiers ouverts ultérieurement pour les mesures de protection de l'enfant ou les services familiaux volontaires.	1	
		6

Mesures inter-organismes

(Ces recommandations ont trait aux mesures prises par deux ou plusieurs organismes.)	Nbre	Total
Que les organismes s'adressent les familles qui se relogent et ont besoin de service.	7	
Que les dossiers transférés d'un organisme à un autre soient exacts et complets.	2	
Que les organismes revoient leurs évaluations des risques de mauvais traitements physiques et psychologiques au sein d'une famille.	1	
Que les organismes communiquent avec précision leurs préoccupations concernant le soin des enfants.	1	
		11

Adoptions

Que les évaluations des foyers d'accueil reposent sur l'obtention d'une information complète et impartiale sur les parents adoptifs éventuels.	1	
		1

Contacts des organismes et mesures concernant les services parallèles

(Ces recommandations ont trait aux interactions avec d'autres fournisseurs de services.)		
Que les organismes revoient avec les écoles les protocoles de déclaration des mauvais traitements.	1	
Que les organismes revoient avec les refuges les protocoles de déclaration des mauvais traitements.	1	
Que les organismes signalent sans délai à la police les cas de mauvais traitements et lui fournissent des renseignements complets (y compris les renseignements sur les mauvais traitements rapportés auparavant).	3	
Que les organismes évaluent les besoins de la famille avant d'adresser le cas à d'autres fournisseurs de services.	1	
Que les organismes évaluent les incidences des problèmes de santé mentale des parents sur les enfants.	1	
Que les organismes signalent à la police à des fins d'enquête les incidents impliquant un professeur.	1	
Que les organismes signalent au ministère de l'Éducation les incidents impliquant un professeur.	1	
Que les organismes ne ferment pas le dossier d'une famille tant que les conditions de l'évaluation ne sont pas respectées, par ex. obligation pour les membres de la famille de suivre des traitements, d'apporter certaines modifications à leur mode de vie, etc.	1	
Que les organismes élaborent des plans d'intervention avec les autres entités qui fournissent des services à la famille.	1	
Que les organismes discutent avec la police des circonstances du décès d'un enfant.	1	

	Nbre	Total

Que les organismes fournissent à la police des renseignements sur les auteurs présumés des mauvais traitements qu'a subis un enfant décédé.	1	
		13
Mesures provinciales concernant les services		
(Ces recommandations suggèrent que des changements soient apportés aux organismes de protection de la jeunesse de toute la province.)		
Que la province institue un système informatique à l'échelle de la province pour la conservation de l'information que doivent utiliser tous les organismes mandatés.	1	
Que la province fasse la promotion de la prévention des incendies dans les communautés des Premières nations.	1	
Que la province revoie les outils, plus précisément les systèmes de suivi, à la disposition des organismes qui travaillent avec les familles qui changent très souvent de lieux.	2	
Que la province mesure la fiabilité et le validité de l'outil d'évaluation des risques fourni dans le cadre de la formation des organismes de protection de la jeunesse de compétence provinciale.	1	
Que la province élabore des services d'aide pour inciter les familles à adopter des enfants plus âgés.	1	
Que la province surveille l'utilisation d'une drogue en particulier chez les enfants pris en charge.	1	
Que la province s'assure que les organismes respectent les normes de notification dans le cas des enfants autochtones pris en charge.	1	
Que la province étudie les lacunes dans les traitements offerts aux enfants de moins de 16 ans qui ont des déficits neurologiques reliés à l'alcool, font usage de solvants et s'adonnent à des jeux de « strangulation ».	1	
Que la province mette sur pied dans toutes les régions des équipes de gestion du stress en cas d'incidents critiques.	1	
		10
Autres mesures provinciales		
Que la province communique avec les autres provinces et territoires concernant les auteurs présumés de mauvais traitements infligés à d'autres enfants.	1	
		1

Si vous désirez de plus amples renseignements ou des exemplaires supplémentaires de ce rapport, adressez-vous au :

Bureau du médecin légiste en chef
1, avenue Wesley, bureau 210
Winnipeg (Manitoba) R3C 4C6

Téléphone : 204-945-2088
Télécopieur : 204-945-2442